FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1918 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel BOULANGER

Né à Cusset (Allier), le 14 mars 1886.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RAPPORTS DE L'ECZÉMA AVEC LA TUBERCULOSE

Président : F. BESANÇON, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

9 ET 10, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1918

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	Auguste BROCA
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	N.
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET, QUENU, N.
Clinique ophtalmologique	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERSONNE, LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE
Clinique gynécologique	RIBEMONT-DESSAIGNES, N.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBÉ (Henri)	MULON	SICART
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

13

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

AUX MIENS ET A MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0000vari_c5a9

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

Professeur de Bactériologie à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur le Docteur Marcel PINARD

Ancien Chef de Clinique de la Faculté,
Médecin-Major de 2e classe, Chef du service de Dermatologie
à l'Hôpital Militaire D. Larrey.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et a aidé à sa réalisation en nous acceptant avec une grande bienveillance dans son service.

A mon Chef de Service

Monsieur le Docteur A. MONSSEAUX

Ancien interne des Hôpitaux,
Médecin-Major de 2e classe au 20e Escadron du Train des Equipages,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a aidé de ses conseils et nous a toujours donné de multiples preuves d'affectueux intérêt.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM.

le Professeur HARTMANN.
le Professeur agrégé Paul LECÈNE.
le Professeur agrégé L. RÉNON.
le Professeur agrégé CAMPENON (in memoriam).
le Professeur Pierre TEISSIER.
le Docteur PICQUÉ (in memoriam).
le Docteur BAUDET.
le Professeur agrégé GRÉGOIRE.
le Professeur GAUCHER (in memoriam).
le Docteur DOLÉRIS.
le Professeur agrégé NETTER.
le Docteur Louis GUINON.
le Professeur agrégé DESMAREST.
le Docteur Lucien RIVET.
le Docteur BRAULT.
le Docteur O. CROUZON.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES RAPPORTS DE L'ECZEMA AVEC LA TUBERCULOSE

INTRODUCTION

Il pouvait sembler paradoxal, au premier abord, de vouloir chercher à établir des rapports entre l'eczéma et la tuberculose.

Ne sommes-nous pas habitués, en effet, à voir ces deux affections se développer et évoluer chez deux types de sujets absolument opposés? La notion d'eczéma n'évoque-t-elle pas l'idée d'un sujet floride, congestif et souvent obèse, bien différent du tuberculeux classique, émacié, anémié et s'acheminant progressivement vers la consomption finale?

Il suffit cependant d'avoir fréquenté les Hôpitaux et les services spéciaux de dermatologie, pour se convaincre que l'eczéma n'est pas l'apanage exclusif de l'arthritique floride et qu'on le rencontre fréquemment aussi dans la classe ouvrière, chez des sujets fatigués, amaigris, ne rappelant en rien le type morbide précédent. C'est aussi ce qui nous a frappé, dans le milieu militaire où nous vivons, de constater la fréquence de l'eczéma, au cours et à la fin d'une quatrième année de guerre, chez des militaires de l'intérieur et des dépôts,

la plupart évacués des armées pour fatigue et usure et dont l'état de santé était loin d'être florissant.

C'est à l'hôpital D. Larrey, de Versailles, que nous avons surtout observé, recueillant au hasard tous les cas qui s'y présentaient. Poussant plus loin nos investigations, sur les conseils de M. le Médecin-major Marcel Pinard, chef du service de Dermatologie de cet hôpital, qui avait attiré notre attention sur ce sujet, nous avons remarqué la fréquence de l'eczéma chez des malades à antécédents de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire, et présentant, soit des lésions au début, soit des lésions en voie de sclérose.

Nous nous sommes donc demandé, s'il n'y avait pas davantage qu'une coïncidence et s'il n'existait pas un rapport de cause à effet entre ces lésions et l'apparition de l'eczéma.

Nous avons fait également les mêmes constatations pour beaucoup d'autres dermatoses (psoriasis, lichen, acné, séborrhéides). Nous savons, d'ailleurs, que souvent l'une, ou plusieurs de ces dermatoses précèdent l'eczéma, lui succèdent et parfois même coïncident avec lui.

Milcent (1) avait déjà observé des faits analogues, ce qui lui faisait dire : « Les scrofuleux sont sujets à un « certain nombre d'affections de la peau. Ces éruptions « ne sont pas des maladies essentielles, ayant une exis- « tence indépendante. Elles se combinent souvent au « grand déplaisir des dermatologistes, qui, après avoir « cherché une distinction radicale dans les formes élé-

(1) Alph. Milcent. *De la scrofule*. Paris 1846, page 184.

« mentaires, sont obligés de constater que ces préten-
« dues maladies de peau ne sont souvent que des
« variétés ou des périodes successives d'une même
« affection, témoin ces dénominations d'eczéma impéti-
« génoïdes, d'eczéma lichénoïde, d'éruption vésiculo-
« pustuleuse, etc... Elles se succèdent, alternent chez
« le même sujet entre elles et avec elles, et on peut les
« considérer comme des affections souvent sympto-
« matiques de la scrofule. L'une des plus fréquentes
« est l'eczéma. »

Telle fut également l'opinion de Hardy (1) qui écrivait :

« Dans la famille d'une personne atteinte d'eczéma on
« retrouvera soit la même affection, soit de l'impétigo,
« du lichen, que je considère comme ne constituant que
« des variétés de l'eczéma ; dans telle autre famille on ne
« constatera comme antécédent morbide que du pso-
« riasis.

« En proclamant les ressemblances qui existent entre
« l'eczéma, l'impétigo, le lichen et le psoriasis je ne fais
« qu'énoncer un fait que tout le monde devra recon-
« naître, si on laisse de côté, comme base d'une classi-
« fication dermatologique, la considération des lésions
« élémentaires admises par Willan. »

Enfin, plus récemment, Gaucher (2) enseignait : « que
« s'il faut distraire de l'eczéma les dysidroses, l'impé-
« tigo, le lichen, il faut cependant les décrire tout à
« côté, car si la lésion élémentaire n'est pas la même,
« ce sont des affections de même nature, de même ori-

(1) Hardy. *Traité des maladies de la peau*, 1886, page 681.
(2) Gaucher. *Leçons sur les maladies de la peau*. Paris 1895.

« gine, qui se développent chez les mêmes sujets ».

L'ensemble des faits par nous observés et l'opinion des auteurs précités, nous ont amené à une hypothèse plus générale sur la conception des dermatoses et nous nous sommes demandé si ces différentes dermatoses que l'on a tant essayé de classer et de différencier d'après leurs caractères morphologiques, n'étaient pas des formes différentes de réaction de la peau, sous l'influence d'une même cause, d'un même état constitutionnel.

Ces faits méritaient d'être signalés, mais étant donné l'étendue que comporterait l'étude complète d'un tel sujet, il nous a paru préférable de nous limiter à celle de l'eczéma.

Nous avons donc examiné systématiquement tous les malades atteints d'eczéma qui se sont présentés, tant à la consultation de l'hôpital D. Larrey, qu'à la visite du dépôt du 20e Escadron du Train, auquel nous sommes attaché, pendant la période comprise entre juillet et novembre 1918; nous avons pris leur observation aussi complète que possible, et y avons joint celles des malades venus antérieurement à la consultation de l'hôpital D. Larrey, depuis le mois de mars et que M. le Médecin Major M. Pinard a bien voulu nous communiquer.

Chez tous les malades que nous avons examinés, nous avons toujours constaté des signes physiques nets, confirmés par la radioscopie et souvent des antécédents bacillaires.

Il nous a donc semblé intéressant de réunir toutes ces observations et d'indiquer les rapports qui paraissent exister entre la tuberculose et l'eczéma.

CHAPITRE I

HISTORIQUE DE L'ECZÉMA

L'historique de l'eczéma est une question assez difficile à mettre au point, car au milieu des dénominations si diverses données par les auteurs anciens, il n'est pas toujours aisé de reconnaître celles qui doivent être appliquées à l'eczéma tel que nous le concevons aujourd'hui.

L'eczéma est une maladie qui, eu égard à sa fréquence, a été connue dans les temps les plus reculés. On a voulu voir des descriptions de l'eczéma dans les œuvres d'Hippocrate, de Celse et de Pline, mais c'est surtout dans les ouvrages de Galien aux chapitres de la psore et du lichen qu'il faut chercher la description de l'eczéma ; il paraît avoir indiqué sous le nom d'Achor une des variétés d'eczéma impétigineux de la tête. Suivant Aetius d'Amide, les Grecs désignaient sous le nom d'eczéma des affections vésiculeuses prurigineuses (εκζεμα de εκ-ζειω, faire ébullition au dehors — ab ebulliente fervore, Greci appellant).

Il nous faut franchir un assez long espace de temps pour arriver au commencement du XVI^e^ siècle à des

auteurs qui décrivent l'eczéma de la tête et du corps d'une façon assez exacte, bien que sous une autre dénomination : Johannes Gorraeus, sous le nom « d'Achor » ; Manardus, sous le nom de « lactumen ». Sauvages (1) en 1768 décrit d'une façon très remarquable l'eczéma dans son chapitre sur la tinea, il signale aussi le prurit, la tendance à l'extension de l'éruption.

Mais les anciens auteurs confondaient des affections bien différentes sous le nom de ἀχρτρος (excorie), appelant ainsi du nom de dartres, les maladies les plus diverses de la peau, maladies chroniques, parasitaires, contagieuses ou non.

Lorry en 1777 (2) sous le nom de herpès phlycténoïdes décrit la *dartre vive* : l'eczéma.

Plus tard, Alibert appelle herpès squamosus la *dartre humide* : l'eczéma.

Ce ne fut qu'après les travaux de Bateman en Angleterre, Biett, Willan, que l'eczéma représenta une affection spéciale, et à partir de ce moment, le mot « eczéma » s'applique à une maladie ayant ses caractères propres, distinctifs.

Bien que la définition de l'eczéma donnée par Bateman fut insuffisante et que la plupart des types proposés fussent de l'ordre de ceux que l'on classe aujourd'hui parmi les éruptions artificielles, l'esquisse lumineuse, du Besnier (3), tracé par Bateman au milieu

(1) Sauvages. *Nosologia methodica*. Amstelodami 1768 t. 1 p. 132 — t. 2 p. 578.

(2) Lorry. « *Tractacus de morbis cutaneis* » Paris 1877.

(3) Besnier. Art Eczema Laris « *La Pratique dermatologique* » de Besnier. Brocq et Jacquet, Paris 1900.

« d'obscurités séculaires, permit d'entrevoir les liens qui « rapprochaient les uns des autres de nombreux états « morbides disséminés dans les groupes dermatologiques « les plus divers, et les noms de Willan et Bateman qui « ont été les réels créateurs de la terminologie derma- « tologique resteront à jamais écrits en lettres d'or au « frontispice de la dermatologie ».

CHAPITRE II

CONCEPTIONS ET THÉORIES ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES ANCIENNES ET MODERNES

Avant d'étudier l'influence que paraît exercer le terrain tuberculeux sur l'apparition de l'eczéma et d'exposer le résultat de nos observations sur ce sujet, il nous a semblé indispensable de passer en revue les diverses conceptions étiologiques et pathogéniques des auteurs anciens et modernes et de montrer par cet exposé, pour lequel nous nous sommes inspirés des articles de Besnier (1) et de Brocq (2), que la plupart des dermatologistes — excepté l'Ecole allemande — ont admis dans l'étiologie de l'eczéma, l'influence des causes internes.

A. — Première période : Auteurs anciens.

École Française. — *Lorry* (3), avait déjà vu un rapport entre la peau et le poumon : « Non rara est at periculi

(1) Besnier, Art. Eczéma dans « *La Pratique Dermatologique* » de Besnier. Brocq et Jacquet. — Paris 1900.

(2) Brocq. « La question des Eczémas » *Annales de Derm.* 1900 T. pages 3 et 4.

(3) Lorry. « *Tractatus de morbis cutaneis.* Paris 1877.

maxime plena communis quæ pulmonibus, atque viis aeris cum externa cute intercedit ».

M. Baumes (1) croit que le « vice scrophuleux » entre pour beaucoup dans la production des « dartres ».

Alibert (2) voit une relation entre les « dartres » et l'état général. Souvent, dit-il, les individus qui en sont atteints, tombent et languissent dans le marasme et les fonctions du corps se pervertissent successivement.

Biett (3) son élève, signale le rapport qui s'établit parfois entre les éruptions eczématiques et divers autres états pathologiques.

Rayer (4) sépare les affections vésiculeuses artificielles de l'eczéma vrai et indique déjà dans l'étiologie des conditions pathogènes et individuelles, la scrofule notamment; de même *Milcent* (5).

Gibert (6) conserve dans le traitement une part prépondérante à la médication interne.

Bazin (7) dit que l'eczéma n'est pas une maladie, ce n'est que la manifestation cutanée de maladies générales. L'observation clinique et l'analyse des faits lui démontrent qu'il doit exister des *prédispositions morbides internes*, causes premières des éruptions. S'appuyant sur sa vaste expérience, il établit par de remar-

(1) M. Baumes. « *Traité sur le vice scophuleux et sur les maladies qui en proviennent* » Paris 1805 p. 105.
(2) Alibert. « *Maladies de la peau* » Bruxelles 1825 p. 153.
(3) Biett. *Dictionnaire de Médecine* en 30 vol. Paris 1835 t. XI
(4) Rayer. *Traité théorique et pratique des Mal. de la Peau.* Paris 1835.
(5) Milcent. *De la scrofule.* Paris 1846, p. 184.
(6) Gibert. *Maladies de la peau.* Paris 1860.
(7) Bazin. *Leçons sur la scrofule.* Paris 1861.

quables travaux, *l'influence des diathésiques* et décrit un *eczéma scrofuleux*.

Devergie (1) reconnaît la fréquence de l'hérédité et la prédisposition, mais déclare que sa nature est inconnue.

Hardy (2) fait de l'eczéma une *maladie constitutionnelle* ou *diathésique* et signale les rapports des « dartres » avec la *diathèse scrofuleuse*.

Ecole Anglaise. — *Jonathan Green* et *E. Wilson*. Pour ce dernier l'étiologie a une importance capitale; trois formes prédisposantes impriment à la maladie sa forme symptomatique et déterminent les indications du traitement : 1° la débilité de nutrition; 2° la débilité d'assimilation; 3° la débilité neurotique.

Tilbury Fox insiste sur le rôle de la débilité générale, de la dyspepsie, de la malassimilation.

Ecole Allemande. — *Hébra* identifie les lésions eczématoïdes produites par divers irritants avec la maladie eczématique. D'après lui l'eczéma serait une affection locale qu'il ne faut traiter que par des moyens locaux. Cependant il n'a pas méconnu, l'irritant étant le même, la part que l'on doit attribuer au pouvoir moindre de résistance individuelle.

Au point de vue pathogénique, on se trouve donc en présence de deux doctrines :

1° L'eczéma peut provenir *de causes locales externes*, irritantes, parfois aussi de causes internes mal définies.

(1) Devergie. *Maladies de la peau*. 3e édition 1863.
(2) Hardy. *Dictionnaire de Médecine et chirurgie pratiques*. T.XXI p.416.

Ce sont les idées de Willan et Bateman acceptées par l'Ecole de Vienne avec Hébra.

2° L'eczéma peut se développer sous l'influence de causes occasionnelles multiples, externes ou internes (excitantes), mais elles n'agissent que sur des individus préparés à la maladie par des *causes efficientes antérieures* (mauvaise alimentation, mauvaise hygiène) et en vertu de *prédispositions inhérentes à l'individu* : *arthritis*, *herpètis* ou *scrofule* de Bazin; *herpétisme* de Hardy; *diathèse eczémateuse* de E. Wilson.

B. — Deuxième période : Travaux modernes.

On retrouve dans cette deuxième période les deux tendances des dermatologistes anciens.

L'Ecole allemande, avec ses ramifications en Angleterre, en Italie, en Amérique, continue les traditions de Hebra et range dans un même groupe morbide les eczémas vrais, les lichens vrais des anciens auteurs, les éruptions artificielles à aspect objectif vésiculeux.

Unna reprend les idées de Wilson sur les dermatoses eczémateuses.

L'Ecole française, à la suite de E. Vidal et de E. Besnier essaye de préciser dans les dermatoses eczémateuses des entités morbides bien définies.

Comme chez les anciens auteurs, on se trouve donc en présence de deux doctrines, de deux groupes :

1° l'un, le plus important, a des tendances à faire rentrer des types plus ou moins nombreux dans l'eczéma : ce sont les *Wilsonistes* ou *généralisateurs*.

2° l'autre, de beaucoup le plus restreint, cherche à donner au mot « eczéma », un sens précis et limité : ce sont *les Willanistes*.

C. — Théories.

Les théories les plus contradictoires ont été émises sur la pathogénie de l'eczéma. Elles peuvent se ramener à trois :

1° *Théorie locale.*

Agents mécaniques (grattage).

Agents physiques (lumière vive, chaleur).

Agents chimiques (arnica, térébenthine, etc.).

2° *Théories microbiennes.*

a) l'une, qui fait d'un microbe pathogène l'agent unique tout puissant de l'eczéma ;

b) l'autre, celle de Unna, qui considère qu'un microbe pathogène, le morocoque, est l'agent actif, mais fait jouer un rôle des plus importants à toutes les causes internes, qui sont des conditions de production et d'amélioration de terrain, sans lesquelles le microbe ne pourrait évoluer.

3° *Théories dites de cause interne.*

a) l'eczéma dépend d'intoxications diverses, mais surtout des ingesta : aliments, médicaments.

b) il dépend d'auto-intoxications diverses. A cette théorie se relie celle de l'arthritisme.

c) il dépend de prédispositions individuelles héréditaires, acquises.

d) il dépend de modifications subies par le système nerveux.

e) l'eczéma n'est qu'un mode spécial — par prédisposition individuelle — de réaction des téguments sous l'influence des causes les plus diverses.

f) l'eczéma n'est qu'une réaction de défense contre une irritation, provoquée par la présence d'un corps toxique dans la peau (Théorie de Gougerot, 1913).

Aujourd'hui, comme l'a dit Gaucher (1) : « la notion de « cause interne s'impose dans l'étiologie de l'eczéma. « Quand une irritation externe produit un eczéma durable, c'est que le sujet sur lequel siège l'éruption « est un prédisposé. S'il n'y avait pas une disposition constitutionnelle à l'origine de tous les eczémas, la « même cause produirait toujours, chez tous, les mêmes « éruptions avec la même intensité. » Or, nous savons que les choses ne se passent pas ainsi : ce qui le prouve c'est que tout cimentier ne fait pas de l'eczéma ; souvent un ouvrier ne contracte de l'eczéma qu'au bout de plusieurs années de métier, il a donc été pendant longtemps en contact sans dommage avec le même irritant. Souvent même, l'eczéma se généralise à des régions éloignées de celles où l'irritant a agi. Chez certaines personnes l'irritant le plus léger provoque l'apparition d'un eczéma, celui-ci apparaît même parfois sans cause évidente ; chez d'autres, l'irritant le plus intense ne produira pas d'eczéma.

Les causes externes ne sont donc que des causes *occa-*

(1) Gaucher. *Leçons sur les maladies de la peau*, Paris 1895, p. 216.

sionnelles; il en est de même des causes alimentaires qui ne donnent d'eczéma qu'à ceux qui sont « *constitutionnellement des eczémateux* » (Gaucher).

Quant aux théories microbiennes, il est démontré aujourd'hui que l'eczéma est un processus primitivement aseptique et que les cocci que l'on rencontre parfois dans les vésicules et les squames eczémateuses ne sont que des microbes d'infections secondaires.

En résumé comme le dit Gougerot (1) « il y a dans tout eczéma un facteur indispensable : *le terrain eczématisable* ». Il importe donc de rechercher toujours, par une analyse clinique minutieuse, quelle est « la dominante étiologique » afin de pouvoir établir un traitement rationnel (Darier) (2).

(1) Gougerot. « *La Dermatologie en clientèle* » Paris 1917, p. 161.
Gougerot. « L'eczéma réaction de défense » *Journal des praticiens*, 19 et 26 juillet 1913.
(2) Darier. « *Précis de Dermatologie* ». Paris 1918, p. 56.

CHAPITRE III

INFLUENCE DU TERRAIN TUBERCULEUX SUR L'APPARITION DE L'ECZÉMA

Comme nous venons de le voir par l'exposé des diverses conceptions étiologiques et pathogéniques, il est à peu près universellement admis aujourd'hui que l'eczéma et avec lui un certain nombre de dermatoses, ont pour origine des causes internes, un état morbide constitutionnel du sujet, une diathèse.

Les deux diathèses dont l'influence a surtout été invoquée dans l'eczéma, sont les diathèses nerveuse et arthritique.

Il est fréquent, en effet, de constater chez le même sujet, la coïncidence de l'eczéma avec les crises d'asthme, l'emphysème, le rhumatisme ou la lithiase rénale qui ont toujours été considérées comme des manifestations de l'arthritisme.

Une troisième diathèse a été souvent aussi invoquée surtout par les auteurs anciens, la diathèse scrofuleuse. Baumes, Rayer, Milcent et principalement Bazin et Hardy avaient attiré l'attention sur le rôle prédisposant qu'elle semblait jouer dans l'apparition des dartres et

l'on sait que sous l'appellation générale de scrofule, les auteurs anciens classaient toute une série de manifestations dont beaucoup, aujourd'hui, ont été rattachées à la tuberculose, les adénites notamment.

Alibert [1] écrivait déjà en 1825 : « J'ai observé cer-« tains sujets qui étaient pris d'une toux importune, qui « expectoraient un mucus épais dont l'odeur seule pro-« voquait la nausée, qui étaient tourmentés par un sen-« timent de suffocation, etc... », et plus loin :

« Quelquefois, les malades sont minés par une fièvre « qui est pour ainsi dire imperceptible et on observe que « les individus qui ont la peau blanche et les cheveux « blonds sont principalement sujets à la dartre furfuracée « ou à la dartre squameuse. »

Cette description, faite il y a un siècle et qui répond assez exactement à celle d'un tuberculeux, montre que déjà, il avait entrevu les rapports qui paraissent exister entre la tuberculose et l'eczéma.

Gibert avait même signalé les hémoptysies et la phtisie chez certains eczémateux.

En parcourant les ouvrages de ces différents auteurs, nous avons recueilli quelques observations, qui nous ont semblé intéressantes, d'eczéma apparu chez des scrofulo-tuberculeux.

Dans l'observation XXXII, une malade âgée de 33 ans, du service de Gibert, ayant présenté des manifestations scrofuleuses dans l'enfance (engorgements ganglionnaires), réglée seulement à 17 ans, était atteinte

1) Alibert. *Maladies de la peau.* Bruxelles 1825.

depuis cette époque de poussées d'eczéma. Vers 31 ans, l'éruption s'est généralisée à toute la surface du corps en même temps que les règles se supprimaient ; la malade maigrit, se cachectise et meurt à 33 ans d'une pleurésie avec tubercules.

Il est bien certain que cette malade était, dès son enfance, une prédisposée à la tuberculose, une tuberculeuse en puissance, dont l'affection s'était développée peu à peu et avait évolué très lentement.

Tel était le cas également de la jeune fille soignée par Devergie et Hardy (observation XXXV), mal réglée, chlorotique, avec pertes blanches, qui présentait un eczéma des mains et qui guérit par traitement général.

D'autres eczémateux, comme ceux dont il est question dans les observations XXXVI, XXXVIII et XXXIX présentaient aussi des antécédents scrofulo-tuberculeux et une constitution débilitée.

Parmi les malades que nous avons examinés, nous avons observé, nous aussi, un cas typique chez un soldat qui avait présenté, antérieurement à son eczéma, de nombreuses adénites bacillaires suppurées et de plus, un début de tuberculose pulmonaire pour lequel il fut soigné au sanatorium de Bligny. Voici d'ailleurs l'observation de ce malade :

Observation 1 (personnelle).

S.., classe 1909, service automobile, se présente à la visite du dépôt du 20e Escadron du Train le 13 août 1918, atteint d'un eczéma de la main droite datant de trois jours.

Cet eczéma est formé de petites vésicules rapprochées,

suintantes, laissant couler un liquide clair et jaunâtre et s'étend sur la face dorsale de la main droite, la face dorsale et palmaire des doigts ; il envahit légèrement la paume et remonte jusqu'à la moitié de l'avant-bras. Il revêt, en certains endroits, la forme croûteuse avec desquamation, surtout au niveau des espaces interdigitaux et sur les faces latérales des doigts et s'accompagne d'un prurit assez intense.

Le malade a déjà eu des poussées d'eczéma, toujours localisées aux mains, en 1914 et 1916 et qui ont guéri assez rapidement.

Après avoir fait déshabiller le malade qui ne présente pas un trop mauvais aspect général, on est frappé immédiatement par la présence de très nombreuses cicatrices d'abcès froids ganglionnaires et de gommes. Les fosses sus-claviculaires droite et gauche, dans l'espace compris entre la saillie du trapèze et la clavicule sont déprimées et remplies de tissu cicatriciel. On remarque deux autres cicatrices à la région sus-sternale, quatre dans la région carotidienne gauche, ainsi qu'à droite en arrière du sterno-cléido-mastoïdien vers son insertion supérieure, deux autres dans la région parotidienne droite et gauche et une sous-hyoïdienne.

Deux cicatrices de gommes situées au-dessus et à droite du sein droit. Paquet ganglionnaire assez volumineux dans la région sous-maxillaire droite ; petits ganglions inguinaux.

A. H. : Père et mère bien portants. Deux frères dont le plus jeune a eu le carreau à 1 an.

A. P. : A eu dans l'enfance la rougeole et la varicelle. A 12 ans : fièvre typhoïde. A 14 ans, pour la première fois, en 1903 : adénite suppurée côté droit du cou.

En 1905 : bronchite ; le malade présente alors de nombreux paquets ganglionnaires sous-maxillaires et sous-angulo-maxillaires ainsi qu'à la face antérieure du cou.

Envoyé à Bligny où il reste un an, soigné par M. Guinard qui constate, dit le malade, quelques craquements au sommet

droit. Cuti-réaction positive. Traitement général, suralimentation et injections de tuberculine. Le malade augmente de 7 à 8 kilogs, sa bronchite semble guérie, mais il conserve ses adénites.

En 1906 : va dans les Pyrénées où il reste quatre mois pendant lesquels il a de nombreux abcès froids dans les creux sus-claviculaires droit et gauche.

En 1907 : va à Berck, soigné par le Dr Calot, y reste 8 mois.

Les abcès froids sont cicatrisés, mais il se produit à ce moment une poussée d'adénites dans la région carotidienne gauche qui se cicatrisent assez rapidement.

Sort de Berck guéri en 1908.

En 1912 : adénites dans la région parotidienne droite et gauche, incisées.

Mobilisé en 1914 : il a peu après une première poussée d'eczéma aux mains.

En 1916 : deuxième poussée d'eczéma.

En 1917 : au mois d'octobre, étant au front, adénite rétro-auriculaire droite, incisée à l'ambulance, cicatrisation après une suppuration de 15 jours.

En 1918 : adénite sous-maxillaire non suppurée, pour laquelle il entre à l'hôpital et de là rejoint le dépôt du 20e Train où l'on constate l'eczéma dont il est porteur actuellement.

Examen de l'appareil respiratoire. — Palpation : Atrophie marquée du trapèze et exagération des vibrations à droite.

Percussion : Myœdème bilatéral marqué. Submatité à droite en avant et en arrière. Matité hilaire surtout accentuée à droite.

Auscultation : *A droite* : Respiration soufflante surtout au niveau du hile, rude et granuleuse au sommet avec retentissement de la toux.

A gauche : respiration diminuée dans toute l'étendue du champ pulmonaire.

Radioscopie. — Léger voile du sommet droit en avant. Diminution de transparence du sommet gauche en arrière. Le sommet droit s'éclaire moins bien.

Ombre élargie, allongée et très opaque au niveau du hile à droite d'où partent des travées divergentes dans l'ensemble du champ pulmonaire droit, surtout vers le sommet et la base. Nombreuses taches opaques disséminées dans le champ pulmonaire droit.

Ombre diffuse au niveau du hile à gauche; on aperçoit une chaîne ganglionnaire opaque. Nombreuses marbrures dans le champ pulmonaire gauche à point de départ hilaire.

Espace rétro-cardiaque bouché dans sa partie moyenne.

Examen des crachats : Négatif.

Examen des urines : Caractères normaux. Densité 1023.

Urée : 15 gr. 50 par litre.

Chlorures : 11 gr. 70 par litre.

Acide phosphorique : 1 gr. 80 par litre.

Glucose : 0.

Albumine : 0.

Traitement. — Sirop iodo-tannique phosphaté. Cacodylate de soude en injections hypodermiques (2 séries de 12 piqûres). Pâte de zinc.

Entré à l'infirmerie le 14 août, sort le 19 septembre pour partir en convalescence, à peu près complètement guéri de son eczéma.

Ainsi qu'il ressort de cette observation, ce malade est nettement et indiscutablement un tuberculeux et il est intéressant de remarquer que sa première poussée d'eczéma n'est apparue qu'en 1914, alors qu'il présentait depuis 1903 des abcès froids ganglionnaires et un début de bacillose pulmonaire en 1905. Les accidents ganglionnaires s'étant renouvelés en 1917 et 1918 sa tuberculose

était donc toujours en évolution au moment de ses poussées d'eczéma.

L'examen des poumons confirmé par la radioscopie a décelé une adénopathie hilaire volumineuse et la présence de nombreuses lésions disséminées dans l'étendue des deux poumons.

L'analyse des urines ne présente rien d'anormal si ce n'est une diminution de l'urée : 15 gr. 50 par litre, au lieu de 25 grammes chiffre normal, et l'on sait que l'excrétion uréique est diminuée dans les maladies où la vitalité des tissus est atteinte, la tuberculose notamment.

Le Dr Leon Perrin (1) de Marseille avait rapporté lui aussi au Congrès de Londres en 1896 un cas intéressant :

Observation II. (Dr Léon Perrin).

Résumée.

Mad. X, 24 ans a eu en 1892 de l'eczéma croûteux des oreilles, des orifices narinaires, avec fissuration des doigts et des mains sur les faces dorsales. Elle présente de plus, dans les régions sous-maxillaires, deux cicatrices scrofulo-tuberculeuses datant de l'enfance; deux autres gommes en activité récemment apparues et ramollies siégeant à la partie inférieure du cou, au niveau du sterno-mastoïdien à sa partie inférieure. En 1893, guérison de l'eczéma et des gommes traitées par les injections de naptol camphré.

Dans l'ensemble, chez tous les malades que nous avons eu l'occasion d'examiner, nous avons souvent

(1) Léon Perrin. *Congrès international de Dermatologie.* Londres 1896.

constaté dans les antécédents et toujours par l'examen de l'appareil pulmonaire et l'auscultation, des signes qui nous ont permis de déceler une imprégnation tuberculeuse.

A. — Interrogatoire.

Dans les *antécédents héréditaires* nous relevons deux fois (obs. XVI et XXXI) père mort de tuberculose pulmonaire. Dans *les antécédents personnels*, on note souvent des bronchites répétées, à résolution traînante et suivies presque toujours d'un amaigrissement assez accentué, parfois de la pleurésie, de la tuberculose pulmonaire (obs. I et III) avec hémoptysies.

B. — Aspect extérieur des malades.

Ce sont pour la plupart des amaigris, des débilités, des anémiés présentant un mauvais état général, à thorax étroit avec dépressions sus-claviculaires comme le malade de l'obs. IV (taille : 1 m. 80; périmètre thoracique : 0 m. 80; poids : 61 kg.); à peau blanche et à cheveux blonds, parfois cheveux et moustache bicolores. Les varicosités interscapulaires sont fréquentes, dénotant une gêne de la circulation profonde.

C. — Examen.

Cet examen nous a permis de constater, pour ainsi dire sans exception, de l'atrophie du trapèze, le plus souvent du côté droit et de la douleur à la pression de

ce muscle. *A la percussion*, il existait toujours de la submatité d'un ou des deux sommets ainsi que dans la région du hile des poumons, parfois même de la matité indiquant une grosse adénopathie. *L'auscultation*, sans nous révéler toutefois de grosses lésions, de signes cavitaires, a décelé cependant des signes évidents de tuberculose pulmonaire chez tous les eczémateux que nous avons examinés, tels que : affaiblissement du murmure vésiculaire, rudesse de l'inspiration, parfois granuleuse au sommet, avec râles après la toux. Expiration soufflante, bronchophonie, retentissement exagéré de la toux à l'un des sommets et augmentation des vibrations ; craquements péri-hilaires.

D. — Radioscopie des poumons.

Chaque fois que la chose nous a été possible, quand les malades ont été hospitalisés ou ont séjourné un certain temps à l'infirmerie, nous avons fait faire un examen radioscopique qui, toujours, est venu confirmer notre diagnostic.

Chez tous les malades, cet examen a montré des sommets embués, voilés ou gris, parfois effacés dans leurs contours ; des taches opaques disséminées dans le champ pulmonaire et des marbrures comme chez le malade de l'observation I que nous avons citée, ou localisées à un sommet (obs. III) signes de lésions infiltrées.

Enfin, constamment la radioscopie a permis de constater la présence d'une adénopathie hilaire très appa-

rente avec, dans certains cas, une chaîne ganglionnaire opaque (obs. I) entourée d'une zône d'ombres diffuses (obs. XV) correspondant à des ganglions en voie de caséification, des noyaux crétacés (obs. IV) et des travées opaques partant du hile et divergeant en direction des sommets (obs. IV et XIX).

Les autres organes, estomac, intestins, foie, reins et cœur nous ont toujours paru fonctionner normalement.

L'analyse complète des urines a toujours été faite et n'a jamais rien revélé, sauf dans un cas cependant (obs. XV) où l'on a noté la présence d'albumine 0 gr. 92 par 24 heures, de l'hémoglobine, de nombreux leucocytes et cylindres granuleux et hyalins, quelques cylindres hématiques et de l'acide urique en assez grande quantité.

Quant à l'examen des crachats, il a toujours été négatif, mais nous savons que dans les tuberculoses fermées ou à bacilles peu nombreux cet examen ne donne qu'exceptionnellement un résultat et que nombreux sont les tuberculeux avérés dans les crachats desquels cette recherche même répétée demeure infructueuse.

Nous citerons de suite les observations de deux malades, l'un atteint d'eczéma dyshidrosique des mains, l'autre d'eczéma sec des cuisses et du scrotum ainsi que celle d'un autre malade qui présentait une dermatose à aspect polymorphe et chez lequel on a pu noter en même temps des séborrhéides, du psoriasis et de l'eczéma.

Quant aux observations des autres malades atteints d'eczéma que nous avons eu l'occasion d'examiner, nous

les grouperons à la fin de cette étude avec quelques autres que nous avons recueillies dans la littérature médicale chez les anciens et les auteurs modernes, se rapportant au même sujet et qui nous ont semblé intéressantes.

Observation III (Personnelle)

R..., Jules 24e section de C. O. A. 47 ans. Se présente à la consultation de l'hôpital D. Larrey à Versailles, le 21 août 1918 pour un eczéma dyshidrosique des deux mains localisé à la face palmaire et aux faces latérales des doigts. Sur les faces latérales des doigts la peau présente un aspect chagriné, rosé, avec vésicules confluentes, formant de petites bulles. Desquamation à la face palmaire des mains, l'épiderme se détache, laissant des surfaces polycycliques rosées et lisses.

A. H. Père bien portant. Mère morte subitement il y a 7 ans.

Deux sœurs dont une a eu de l'eczéma.

A. P. Dit n'avoir jamais été malade. Cependant a eu en 1911 une hémoptysie qui a duré 8 jours pendant lesquels il est resté couché et immobile. Aussitôt levé, les crachements de sang ont recommencé et il reste couché un mois.

En 1915, classé dans le service auxiliaire pour « mauvais état général ».

Amaigrissement progressif de 10 à 11 kilogs, depuis trois ans.

Actuellement, le malade présente un mauvais état général avec dépression marquée sus-claviculaire, il est amaigri.

Taille : 1 m. 71. Périmètre thoracique 0 m. 82.

Poids : 58 kilogs. Hypertrichose interscapulaire.

Examen de l'appareil respiratoire. — *Palpation* : Atro-

phie légère du trapèze à droite, douleur à la pression. Exagération des vibrations au sommet droit.

Percussion. — Myodème bilatéral, submatité au sommet droit en avant et en arrière.

Auscultation. — *A droite* : inspiration granuleuse et rude au sommet en arrière. Bronchophonie. Retentissement exagéré de la toux.

A gauche : respiration soufflante au sommet.

Radioscopie. — Sommet droit complètement voilé en avant et en arrière, s'éclaire à peine à la toux. A travers ce voile, on aperçoit de nombreuses petites tâches opaques.

Diminution de transparence du champ pulmonaire droit. Le sommet gauche est effacé dans son contour, diminution de transparence; dans son ensemble, ne s'éclaire pas. On aperçoit aussi quelques petites tâches opaques au sommet.

Ombre opaque, élargie au niveau du hile des deux côtés mais davantage à droite, entourée d'une zône d'ombres diffuses avec irradiations péribronchiques.

Nombreux petits foyers disséminés dans le champ pulmonaire droit.

Examen des crachats : Négatif.

Examen des urines : Rien d'anormal.

Traitement. — Chlorure de magnésium (deux injections de 200 centimètres cubes par semaine). Amélioration après la 3e injection. Sirop iodo-tannique phosphaté. Pommade au calomel, baume du Pérou.

Entré le 22 août à l'hôpital, sort le 8 septembre très amélioré.

Observation IV (Personnelle).

C... Lucien, classe 16, 22 ans se présente à la visite du 20e Escadron du Train le 27 septembre 1918 pour un eczéma sec des cuisses et du scrotum. Présente à la face interne de

la cuisse gauche un placard érythémateux sec avec légère desquamation furfuracée, à bords polycycliques, de la dimension de la paume de la main et s'étendant sur le scrotum.

A la face interne de la cuisse droite, deux autres placards plus petits, arrondis et d'un diamètre de 3 à 4 centimètres.

Cet eczéma qui s'accompagne d'un prurit assez intense, date de 15 jours environ. Pas de poussées antérieures.

A. H. Père et mère bien portants.

A. P. Ne se souvient pas d'avoir été malade dans son enfance, mais dit avoir toujours été sensible des bronches, s'enrhume facilement l'hiver.

En 1915, ajourné pour faiblesse de constitution.

Appelé en août 1916 dans le service armé, part en janvier 1917 aux armées dans l'infanterie. Le 22 juillet il est évacué pour « faiblesse générale, névralgie du phrénique », puis envoyé en convalescence pour « mauvais état général, anémie » et versé dans le service auxiliaire en juin 1918. Bronchite en juillet 1918 et depuis ce moment tousse tous les matins au réveil. Amaigrissement de 10 kilogs depuis un an.

Actuellement. — Malade anémié. Paleur des conjonctives et asthénie marquée. Thorax étroit, clavicules très saillantes avec forte dépression sus-claviculaire, épaules tombantes et varicosités interscapulaires.

Taille : 1 m. 80. Périmètre thoracique : 0 m. 80.

Poids : 61 kgs.

Examen de l'appareil respiratoire. — Palpation : Atrophie marquée du trapèze à gauche, douleur à la pression. Augmentation des vibrations à droite, au sommet.

Percussion. — Submatité des deux sommets en avant et en arrière, plus marquée à gauche. Matité hilaire. Myœdème en avant et à gauche.

Auscultation. — A droite : au sommet, inspiration rude et expiration soufflante.

A gauche : Inspiration rude et granuleuse au sommet en

arrière. Respiration diminuée en avant. Craquements péri-hilaires.

Radioscopie. — Voile du sommet gauche en avant, plus accentué en arrière. Le sommet s'éclaire mal.

Diminution de transparence de l'étendue du champ pulmonaire gauche et du sommet droit, surtout en arrière.

Adénopathie hilaire très développée des deux côtés avec nombreux noyaux crétacés, plus développée à droite. Travées divergentes, opaques, à droite en direction du sommet et apparaissant dans l'espace rétro-cardiaque qui est voilé.

Diminution de l'élasticité pulmonaire et de l'amplitude du diaphragme surtout à droite.

Cœur et foie : normaux.

Examen des crachats : négatif.

Examen des urines : ne révèle rien d'anormal.

Traitement. — Huile de foie de morue ; injections de cacodylate de soude (2 séries de 10 piqûres). Pommade cadique.

Entré à l'infirmerie le 25 septembre 1918, sorti le 27 octobre très amélioré.

Observation V (Personnelle).

M... Jean 25 ans, services automobiles se présente à la visite du dépôt du 20e Train le 25 juillet 1918 rentrant de convalescence avec une dermatose à éléments polymorphes, généralisée sur tout le corps et principalement aux mains, aux avant-bras, à la tête et aux pieds.

Envoyé à la consultation de dermatologie de l'hôpital D. Larrey, M. le Médecin Major M. Pinard fait le diagnostic de : séborrhéides psoriasiformes et eczématiformes chez un malade à sommet droit déficient.

Cette éruption a débuté par les mains il y a quelques jours et s'est étendue rapidement en trois ou quatre jours sur les bras, la poitrine, le dos, les jambes et les pieds.

Sur les épaules, les bras et les cuisses : éléments arrondis,

séparés, surélevés, à fond rouge, recouverts d'une pellicule blanchâtre faisant un peu tache de bougie par le grattage et ressemblant à des éléments de psoriasis. Psoriasis très net sur le cuir chevelu.

A la face, éléments séparés, peu apparents, plus apparents sur la poitrine et le dos où ils prennent l'aspect des séborrhéides; ce sont des éléments secs de couleur jaunâtre.

Au dos des mains, les éléments deviennent confluents ainsi qu'aux poignets, ressemblant à l'eczéma sec et à la paume de la main droite à l'eczéma dyshidrosique.

Prurit intense.

A. H Rien à signaler.

A. P. Broncho- pneumonie à l'âge de deux ans. Ne se souvient pas d'avoir été malade jusqu'à 16 ans.

Entre 16 et 18 ans rougeole, scarlatine, oreillons; angines fréquentes (amygdalectomie).

Bien portant de 18 à 21 ans.

Mobilisé au mois d'août 1914.

En octobre 1914 entre à l'infirmerie de son corps pour « bronchite » avec température de 37°2 le matin, 38° le soir. Anorexie, asthénie, amaigrissement de 3 à 4 kilogs. Sort de l'infirmerie au bout de 10 jours, mais y rentre à nouveau pour le même motif 4 à 5 jours après. A toujours le soir un peu de température : 38°.

Convalescence de 15 jours fin novembre pour « Bronchite recidivante, faiblesse générale », il prend alors de la liqueur de Fowler et du glycéro-phosphate. A son retour, se sent mieux, mais tousse toujours autant.

Classé dans le service auxiliaire en décembre 1914 pour « mauvais état général », le malade continue à tousser.

En avril 1915, nouvelle bronchite avec fièvre ne dépassant pas 38°, résolution traînante, continue à tousser jusqu'à fin mai; amaigrissement, En décembre 1915 entre à l'hôpital pour « Bronchite aigüe », sueurs nocturnes, anorexie. Sort de l'hôpital en février 1916 avec le diagnostic : « Faiblesse

générale, sommets suspects » et un mois de convalescence. La toux persiste au réveil par quintes avec envies de vomir, asthénie assez prononcée.

Le malade déclare qu'il ne sortait jamais, se sentant toujours fatigué. En décembre 1916, entre à l'infirmerie où il reste trois mois pour « bronchite, localisation au sommet gauche ».

Depuis ce moment, il tousse toujours le matin au réveil.

En janvier 1918, névralgies, point de côté à gauche.

En mars 1918, deux syncopes, la dernière sur le siège de sa voiture qui tombe dans un fossé.

Il entre à nouveau à l'hôpital « sommet gauche suspect, bronchite récidivante, faiblesse générale, lipothymies ». Obtient une convalescence de deux mois et un mois de prolongation et rentre au dépôt.

Actuellement. — Ne présente pas un trop mauvais aspect général, cependant conjonctives décolorées, teint blafard.

Examen de l'appareil respiratoire. — *Palpation* : Atrophie du trapèze marquée à droite. — Augmentation des vibrations au sommet droit.

Percussion : Douloureuse des deux côtés. Submatité des deux sommets, plus marquée à droite en avant et en arrière. Matité hilaire.

Auscultation. — *A droite* : Affaiblissement du murmure vésiculaire dans la région sous-claviculaire. En arrière, respiration soufflante, quelques râles après la toux.

A gauche : Respiration plus rude et moins ample qu'à droite au sommet.

Craquements péri-hilaires.

Radioscopie. — Sommet gauche aplati en avant, très voilé en avant et en arrière, s'éclaire très imparfaitement, sommet droit voilé dans son ensemble.

Adénopathie hilaire et péribronchique très développée des deux côtés, plus accentuée à droite.

Diminution de l'élasticité pulmonaire.

Amplitude du diaphragme diminuée surtout à gauche.

Examen du larynx : Normal, muqueuse un peu congestionnée.

Examen des crachats : Négatif.

Examen des urines : Rien d'anormal.

Cœur et Foie : Normaux.

Traitement. — Sirop iodo-tannique. Injections de chlorure de magnésium (deux de 150 centimètres cubes par semaine). Pommade cadique.

Sort de l'hôpital le 1er septembre 1918, très amélioré, mais proposé pour la réforme temporaire en raison de son état général.

Dans ces dernières années, Gastou (1) a admis qu'il existait une relation entre la tuberculose et la production d'un eczéma et en donne de nombreux exemples, mais il a insisté surtout sur l'hérédité.

Jadassohn (2) a remarqué souvent aussi chez les enfants à prédisposition tuberculeuse, une tendance particulière à l'eczéma. Enfin Poncet (3) en 1912 dans ses travaux avec Leriche a signalé l'origine tuberculeuse de certaines dermatoses parmi lesquelles il cite l'eczéma.

Voici d'ailleurs quelques observations de Gastou :

Observation VI (Gastou)

Enfant de 3 ans, né à terme avec cyanose. Allaité par sa mère, a marché à 10 mois.

(1) Gastou. Dermite eczématiforme en placards et tuberculisation. *Annales de Dermatologie*, 1896, p. 512.

(2) Jadassohn. Erkrankungen, d. Haut, *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1899 p. 987-1012.

(3) Poncet et Leriche. *La tuberculose inflammatoire.* Paris 1912.

A. P. à 1 an, bronchite côté gauche et tousse tous les ans. Entre 1 an et 2 ans, trois attaques de cyanose. A partir de 18 mois, eczéma au niveau des jointures et entre les bourses et l'anus.

Depuis janvier, poussée au menton et au cou. Bien portant, mais démangeaisons la nuit.

A. H. Souche nettement tuberculeuse.

Le père, fils de tuberculeux lui-même, présente de nombreuses cicatrices d'abcès froids qui ont suppuré pendant l'enfance et l'adolescence. Réformé pour scrofule et taies de l'œil droit.

Mère bien portante, a eu quatre enfants : l'aînée morte à 5 ans de phtisie galopante, la deuxième morte à 8 ans abcès sous le menton, écoulements d'oreilles, morte d'abcès au cerveau; la troisième morte de cyanose à 21 jours, le quatrième est le sujet de l'observation.

Etat au 15 mars 1915 : aux plis fessiers, aux creux poplités et au périnée, placards d'eczéma. Pas de suintement. Eczéma sec lichénoïde ou lichénifié.

En décembre 1895 : même état. Sibilances dans la poitrine, mars 1896. Autour des lèvres et sur le menton, éruption érythémateuse avec squames rappelant l'eczéma sec péri-buccal. Série de placards circonscrits sur le corps. Circulation thoracique très accentuée.

Observation VII (Gastou).

V... 7 ans. Père mort de phtisie. Placards à l'avant-bras, à la face, à la fesse et aux cuisses, rappelant à la face l'affection vulgairement nommée dartre farineuse. Dans les autres points : aspect de placards papulo-érosifs, érythémato-squameux.

Observation VIII (Gastou).

D... 3 ans 1/2, père atteint de tuberculose pulmonaire. L'enfant a depuis deux ans des placards érythémato-squameux et papulo-squameux conglomérés, irrégulièrement disséminés sur le tégument.

Observation IX (Gastou).

C..., 5 ans, sa mère a fait une fausse couche de 2 mois, un frère mort de méningite, les autres atteints de scrofulo-tuberculose et d'adénites suppurées ; lui-même a eu de l'impétigo pendant 1 an 1/2, tousse, chétif. Sur la fesse et les membres, placards éruptifs eczématiformes.

Observation X (Gastou).

H..., 12 ans, a une sœur qui présente des cicatrices au cou, suite d'adénites suppurées. Depuis 7 ans, placards prurigineux aux poignets et aux fesses et eczéma périlabial.

Observation XI (Gastou).

P.... 4 ans, tousse continuellement et poussées fébriles. Sa mère a eu une coxalgie, son père une bronchite chronique, un frère mort d'entérite.

Présente depuis 6 mois aux creux poplités et au cou des placards érythémato-squameux, d'aspect lichénoïde.

Ce qui nous a de suite frappé dans l'examen des malades atteints d'eczéma et qui ressort nettement de nos observations, c'est la coïncidence constante de cette derma-

tose avec une imprégnation tuberculeuse de l'organisme.

Une objection apparaît immédiatement : l'eczéma et la tuberculose sont des affections si répandues que leur coïncidence fréquente n'a rien de surprenant, surtout chez des militaires évacués pour la plupart des armées, au cours d'une guerre longue et pénible, qui a accru dans une notable proportion le nombre des débilités et des tuberculeux.

Mais nous répondrons à cette objection en faisant remarquer que chez tous nos malades, les symptômes pulmonaires, l'amaigrissement et le mauvais état général ont toujours précédé l'apparition de la dermatose et qu'antérieurement, ces malades n'avaient jamais présenté d'eczéma.

Sans doute, semble-t-il, la grande majorité des eczémateux ne font pas l'impression d'être en état d'infection tuberculeuse, mais il est fréquent d'observer dans la pratique journalière, des malades à aspect floride, ayant toutes les apparences extérieures d'une bonne santé et chez lesquels on est surpris de constater, à l'auscultation, des lésions pulmonaires parfois même assez avancées.

D'ailleurs, le fait que l'eczéma se montre chez des gens d'une santé parfaite est fort douteux et pour jouir d'une bonne santé actuelle on n'en peut pas moins être atteint d'une maladie constitutionnelle dont les manifestations intermittentes ont pu avoir lieu dans le passé et pourront se reproduire sous d'autres formes peut-être, dans l'avenir.

Il semble donc bien comme l'a dit Gastou, qu'il existe

entre ces deux affections, la tuberculose et l'eczéma « plus qu'une coïncidence », un rapport, une relation de cause à effet et si l'on examine soigneusement les malades, on verra qu'il y a bien souvent de la tuberculose autour de l'eczéma.

CHAPITRE IV

DISCUSSION DES AUTRES CAUSES INVOQUÉES HABITUELLEMENT DANS LA PATHOGÉNIE DE L'ECZÉMA

Si la tuberculose semble bien dans certains cas jouer un rôle indiscutable dans l'apparition de l'eczéma, il n'est pas douteux qu'elle n'est qu'une des causes prédisposantes, une des dispositions morbides générales, rencontrées chez les eczémateux. D'autres causes constitutionnelles ont certainement une influence manifeste et fréquente.

Chez les eczémateux que nous avons examinés, aux hasards de la consultation, elle a paru, sans doute, se montrer avec une grande fréquence, mais pour pouvoir établir une comparaison entre les différentes causes, il nous aurait fallu pouvoir examiner un très grand nombre de malades. D'autre part, étant donnés les circonstances et le milieu dans lequel nous avons puisé nos observations (militaires évacués des armées pour maladie ou inaptitude), il n'est pas étonnant que nous ayons trouvé surtout des débilités, des amaigris, plus ou moins en état d'infection tuberculeuse.

Parmi les autres causes prédisposantes qui ont surtout été invoquées et qui paraissent avoir une réelle influence, il faut citer d'abord : l'*hérédité eczémateuse* que nous avons d'ailleurs rencontrée (obs. XXIV) et principalement l'*arthritisme*. Ce trouble de nutrition, ainsi que les diverses manifestations comme l'obésité, le diabète, la goutte, le rhumatisme, la lithiase, l'asthme, l'emphysème qui lui sont rattachées, a toujours été considéré comme une des causes occasionnelles les plus importantes dans l'étiologie de beaucoup de dermatoses et en particulier de l'eczéma et du psoriasis et il est certain qu'on ne saurait nier la fréquence de ces diverses manifestations chez les eczémateux.

Mais là encore, n'existe-t-il pas parfois une relation avec la tuberculose?

Dans ces dernières années, certains auteurs, Léon Bernard (1) et Poncet (2), ont essayé de démontrer que la phtisie des arthritiques n'était pas aussi exceptionnelle qu'on l'avait cru jusqu'alors.

« Quand on recherche systématiquement, dit Poncet, la tuberculose dans les antécédents de tous les malades porteurs d'une des affections dites autrefois arthritiques ou encore aujourd'hui considérées comme telles, on la retrouve avec une remarquable fréquence » et il conclue « que beaucoup de prétendus arthritiques ne sont que des tuberculeux à minima, présentant un terrain vacciné par la tuberculose contre une tuberculose maligne ».

(1) Léon Bernard. Tuberculose et Arthritisme. *Congrès international de la tuberculose*. Paris, octobre 1905.

(2) Poncet et Leriche. *Le rhumatisme tuberculeux*. Paris 1909, page 8.

La coexistence de l'emphysème pulmonaire chronique, chez les sujets un peu avancés en âge, avec l'eczéma est bien connue ; or, on sait qu'on tend de plus en plus à faire jouer un rôle actif à la tuberculose dans l'origine de l'emphysème du poumon.

Enfin Monsseaux (1) de Vittel, attirait en 1906 l'attention sur la lithiase rénale chez les tuberculeux et dans certains cas chez des malades dont la tuberculose est encore en évolution. « Il est d'ailleurs de notion courante, dit-il, et d'expérience journalière, que les tuberculeux au début chez qui on note une amélioration, luttent contre le bacille de Koch en s'arthritisant, c'est-à-dire selon l'expression de Bouchard, en ralentissant leur nutrition ».

Il semble donc bien que parfois, à l'origine des manifestations dites arthritiques, on puisse encore incriminer la tuberculose.

Cependant il ne faudrait pas être tenté de généraliser et vouloir faire de tous les arthritiques des tuberculeux. L'influence du terrain arthritique est indiscutable dans l'étiologie de l'eczéma et doit encore être considérée comme une des causes occasionnelles les plus fréquentes.

On a pu invoquer aussi quelquefois, une insuffisance des émonctoires, insuffisance rénale, hépatique ou intestinale ou encore un fonctionnement défectueux des glandes à sécrétion interne.

En ce qui concerne les reins, malgré des recherches

(1). A. Monsseaux. La lithiase rénale chez les tuberculeux suralimentés. *Archives générales de Médecine.* Mai 1906.

répétées, on n'a pu arriver à des résultats concordants et permettant d'entrevoir s'il y a réellement « une formule urinaire de l'eczéma » (Darier).

Quant au rôle des troubles nerveux, il n'est pas moins évident ; ce sont surtout la neurasthénie, le surmenage, les émotions qui paraissent prédisposer à l'eczéma en déterminant une déséquilibration nerveuse.

Enfin, bien que chez tous nos malades nous n'ayons pas eu l'occasion de pouvoir déterminer l'action des causes externes, il est certain que souvent des eczémas apparaissent sous l'influence de ces causes. Les cas de gale eczématisée, sont en effet fréquents et nous en avons vu de nombreux exemples au cours de nos études médicales, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis notamment.

Mais dans ces cas, nous pensons qu'il existe toujours une des causes internes que nous venons d'énumérer, une cause constitutionnelle prédisposante, indispensable et sans laquelle l'irritation produite par le parasite et les lésions de la gale n'auraient pas pu provoquer l'apparition de la dermatose.

Il est probable qu'à l'origine de la plupart des eczémas, existe une irritation externe, parfois minime sans doute et passant de ce fait souvent inaperçue, agissant comme cause déterminante, occasionnelle, chez des sujets prédisposés, à terrain eczématisable.

Ainsi que nous venons de le voir les causes constitutionnelles qui paraissent surtout prédisposer à l'eczéma sont nombreuses : ce sont tous les troubles viscéraux, toutes les viciations du milieu intérieur.

L. D. Bulkley (1) avait déjà divisé les eczémateux en trois catégories :

1° Ceux qui ont un état strumeux.

2° Ceux qui ont un état goutteux.

3° Ceux qui ont un état neurotique et il n'y a pas de raisons pour ne pas admettre aussi bien l'influence du terrain tuberculeux que celle du terrain arthritique ou nerveux.

1 L. D. Bulkley. *Eczéma*. 1881.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DE L'ECZÉMA ÉVOLUANT SUR UN TERRAIN TUBERCULEUX. INFLUENCE DU TRAITEMENT GÉNÉRAL

Dans toute affection, il est nécessaire, pour établir un traitement efficace, un traitement rationnel, de remonter aux origines de la maladie et d'essayer d'en déterminer la cause primordiale par un interrogatoire sérieux du malade et un examen clinique minutieux, en un mot il importe de faire un diagnostic aussi précis et complet que possible.

Donner de l'antipyrine à un malade qui souffre de céphalée, de la morphine, de l'opium pour calmer une douleur, c'est sans doute apporter un soulagement au malade, mais ce n'est pas le guérir. La céphalée, la douleur se reproduiront à plus ou moins brève échéance.

Au contraire, si l'on découvre par exemple que cette céphalée, cette douleur sont d'origine syphilitique, on pourra instituer immédiatement le traitement général spécifique, qui seul donnera des résultats durables et mettra à l'abri d'autres accidents.

En dermatologie, le même principe doit guider le

médecin pour l'établissement d'un traitement, mais ici commence la difficulté, car s'il est des dermatoses dont l'origine est indiscutable et reconnue par tous, il en est d'autres encore et bien nombreuses pour lesquelles il est difficile, sinon impossible, actuellement tout au moins de déterminer la cause exacte : de ce nombre est l'eczéma.

Bien qu'encore obscure, l'étiologie de l'eczéma tend cependant à se préciser : de plus en plus, les dermatologistes admettent l'influence de causes internes, d'un état constitutionnel dans l'apparition de cette dermatose.

Il faut donc toujours, avant d'établir un traitement, essayer par un examen approfondi du malade, de découvrir l'origine de sa dermatose afin « de restituer à l'affection primaire l'individualité qui lui appartient, condition essentielle pour traiter non seulement la lésion, mais aussi la maladie. » Besnier (1).

L'heureuse influence du traitement général dans l'eczéma avait déjà été reconnue par les auteurs anciens : P. Baumès (2) en 1839 l'appliquant chez un de ses malades avait obtenu la guérison de l'eczéma sans aucun traitement local (obs. XXXIII).

Ernest Guyot (3), cite un cas analogue (obs. XXXV) soigné par Devergie et Hardy, et Bazin (4) dans ses leçons, donne l'observation d'un malade soigné pendant six semaines dans le service de Gibert où, dit-il, rien ne fut donné à l'intérieur, médication exclusivement

(1) Besnier. *Traitement de l'eczéma et du psoriasis*. Chap. I ; p. 2 et 3, Paris 1897.
(2) P. Baumès. *Nouvelle Dermatologie*. T. I ; p. 82, Paris 1842.
(3) E. Guyot. *De l'eczéma de la peau des mains*. Thèse, Paris, 1858.
(4) Bazin. *Leçons sur la scrofule*. Paris, 1861.

topique ; le mal augmente de plus en plus et il prescrit alors du sirop d'iodure de fer (obs. XXXVI).

Enfin, Hardy (1) enseignait en 1862 : « En bornant « son observation aux lésions externes, on ne voit sou- « vent qu'une partie de la maladie. En rapportant au « contraire lorsqu'il y a lieu, les lésions de la peau à « des vices constitutionnels, nous élargissons le champ « de l'observation, nous cessons de considérer la der- « matologie comme une spécialité, nous la faisons ren- « trer dans les lois communes de la pathologie et surtout, « nous plaçant au point de vue pratique, nous arrivons à « des principes féconds en applications thérapeutiques.

« Peu importe au médecin de reconnaître que telle « affection est vésiculeuse ou pustuleuse, l'essentiel « pour lui est de savoir que telle éruption donnée est « ici sous l'influence de la scrofule, là de la syphilis, « plus loin liée à la présence d'un parasite, pour qu'il « institue un traitement qui sera efficace parce qu'il « sera basé sur la nature de la maladie ».

Dans l'eczéma apparu chez des malades porteurs de lésions tuberculeuses et chez lesquels l'influence de ces lésions et de cette imprégnation de l'organisme paraît jouer un rôle prédisposant et représenter la cause constitutionnelle de la dermatose, il était intéressant d'établir un traitement interne, le traitement général de la tuberculose et d'en observer les effets.

Si l'infection tuberculeuse du sujet était réellement la cause primordiale, essentielle de l'apparition de

(1) Hardy. *Leçons sur les affections cutanées et dartreuses* (Eczéma, pityriasis, psoriasis). Paris 1862.

l'eczéma, celui-ci devait logiquement s'améliorer et même guérir sous l'influence de ce traitement, même sans l'aide d'un traitement externe. C'est ce qu'a fait M. le Médecin-Major Marcel Pinard dans son service de l'hôpital D. Larrey de Versailles et il faut dire de suite que ce mode de traitement lui a toujours donné d'excellents résultats, ainsi que dans certains cas où le traitement externe était resté inopérant.

Voici en quoi consiste le traitement employé dans ce service :

Huile de foie de morue ou strop iodo-tannique phosphaté suivant la saison; injections de chlorure de magnésium à 18 p. 1000 deux injections de 150 à 200 centimètres cubes par semaine ou bien injections de cacodylate de soude ou de cacodylate, glycérophosphate et strychnine. Enfin, chez les malades particulièrement débilités, amaigris et chaque fois que l'état des fonctions gastro intestinales le permet, il est toujours indiqué de donner de la viande crue. Ce régime, si différent de celui auquel on soumet habituellement les eczémateux, loin d'être nuisible, donne au contraire d'excellents résultats, améliorant en même temps l'état général du sujet et sa dermatose.

Chez tous les malades soumis à ce traitement, on a pu constater au bout d'un temps relativement court, parfois dès la troisième injection de chlorure de magnésium (Obs. III) une amélioration sensible et souvent la guérison complète de l'eczéma.

Le malade de l'observation XIX nous offre un exemple typique :

Entré le 6 avril 1918 à l'hôpital pour un eczéma en placards des jambes, de l'abdomen et de l'avant-bras gauche et de l'eczéma impétigineux du cuir chevelu, on établit de suite un traitement général : huile de foie de morue, sirop iodo-tannique, cacodylate de soude. En même temps, on applique du glycérolé cadique sur les parties atteintes d'eczéma. Il sort de l'hôpital le 16 mai 1918 complètement guéri. L'eczéma réapparaît 15 jours après sa sortie avec les mêmes localisations; se trouvant à Paris, il entre alors à l'hôpital St-Louis où il reste du 9 juillet au 6 septembre. On ne lui fait aucun traitement général, mais seulement un traitement topique (Pansements humides avec sulfate de zinc et chlorure de sodium, et pommade ichtyolée). *Aucune amélioration.*

Il revient à Versailles le 21 septembre dans le service de M. M. Pinard. Il présente alors un grand placard érythémato-squameux sur toute la face antérieure de la jambe droite et la face externe de la jambe gauche, autres placards sur les cuisses et sur les avant-bras. On reprend le traitement général : sirop iodo-tannique et injections de cacodylate-glycérophosphate-strychnine ; trois semaines après, on constate déjà une grande amélioration.

De même, le malade de l'observation XIV.

Evacué du front en septembre 1917 pour un eczéma avec croûtes et suppuration intense qui avait envahi toute la face et le cou. Amaigrissement de 10 kilogs. Soigné à l'hôpital du Havre par M. M. Pinard : injections de cacodylate de soude, huile de foie de morue. Reste 4 mois 1/2 en traitement, l'eczéma s'améliore

notablement, la suppuration et les croûtes disparaissent, il subsiste seulement un érythème. Il sort le 31 Janvier 1918 pour être envoyé à Bordeaux où l'on n'applique qu'un traitement local : pansements au sulfate de cuivre. La suppuration reparaît avec croûtes nombreuses. Pansements au néol sans résultats et pommade ichtyolée.

En mars, reprise du traitement général : injections de cacodylate de soude 30 injections en 3 séries. Il sort de l'hôpital en juin 1918 très amélioré, n'ayant plus qu'un eczéma sec, érythémateux.

Pendant une convalescence de 7 jours, la suppuration et les croûtes reparaissent sur la lèvre supérieure et le menton. Il rentre au dépôt à Versailles et est envoyé le 28 juin 1918 dans le service de M. M. Pinard qui constate à l'arrivée de l'eczéma impétigineux avec suppuration et croûtes nombreuses sur la lèvre supérieure et sur le menton.

Reprise du traitement général : 2 injections par semaine de 150 centimètres cubes de chlorure de magnésium et pulvérisations phéniquées. Reprise de l'appétit, amélioration de l'état général et de l'eczéma. Le 8 août, l'eczéma ne suppure plus, aspect rouge, farineux et sec avec persistance de quelques croûtes seulement sur le menton.

Le traitement général a donc une influence certaine, mais il ne faut pas cependant négliger le traitement local habituel qui doit toujours être associé au traitement interne, permettant ainsi une guérison plus facile et plus rapide suivant les cas : nitratage, pâte ichtyolée, pom-

made au calomel — baume du Pérou, pommade cadique.)

On s'est demandé souvent s'il n'était pas dangereux de guérir l'eczéma et certains auteurs ont signalé des complications pulmonaires : poussées de bronchite, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie, on a même cité des cas de mort.

D'autre part, Darier déclare que tout eczéma doit être traité, qu'il y a danger au contraire à laisser l'éruption s'étendre et s'infecter et « que la crainte des répercussions internes qui obsède certains esprits, peut être déclarée chimérique ».

Telle est également l'opinion de M. le médecin Major M. Pinard et nous devons dire que jamais nous n'avons observé la moindre complication, mais il faut toujours associer au traitement externe, un traitement général.

Pour ce qui est des accidents qui ont été signalés, nous ferons remarquer qu'ils se sont toujours produits à la suite de la guérison d'un eczéma par traitement externe et que ces accidents ne seraient peut être pas survenus si l'on avait en même temps soigné l'état général du malade (observation XXXIV).

Il est donc nécessaire, dans tout eczéma, de rechercher la cause constitutionnelle qui en est l'origine afin de pouvoir appliquer un traitement qui ait toutes les chances d'être efficace. De plus, on devra toujours penser à la possibilité d'une lésion tuberculeuse qu'il faudra parfois rechercher avec soin, lésion souvent latente, à évolution lente, mais cependant susceptible un jour de réveil et dont l'eczéma pourra peut-être, dans certains cas, constituer un signe révélateur.

CHAPITRE VI

MÉCANISME PATHOGÉNIQUE

La coïncidence de l'eczéma avec des lésions tuberculeuses semblant assez fréquente, il était logique de supposer qu'un rapport pouvait exister entre ces deux affections, rapport que tendraient à démontrer les bons résultats obtenus par une médication interne reconstituante.

Il aurait été intéressant de pouvoir connaître et démontrer suivant quel processus et par quel mécanisme, ce trouble constitutionnel, cet état d'infection tuberculeuse du malade déterminait une réaction de la peau sous la forme d'un eczéma.

Malheureusement, il n'est pas facile d'arriver à déterminer scientifiquement un tel mécanisme et l'on est obligé de demeurer encore dans le domaine des hypothèses.

Si l'on voulait schématiser en quelques mots ce mécanisme, on pourrait être tenté de dire que puisque le processus de l'eczéma est *inflammatoire*, il représente une *réaction de défense* de l'organisme contre une irritation. Pour tous les auteurs en effet, les caractéristiques cliniques et histologiques de l'eczéma sont la vésicule et la réaction inflammatoire.

Puisqu'il y a une réaction inflammatoire et que toute réaction suppose une action, on peut conclure que cette réaction est produite par la présence sur ou dans la peau de corps toxiques irritants. Telle est la théorie exposée par Gougerot (1) en 1913.

Mais alors quels sont ces corps toxiques irritants?

Dans l'eczéma apparaissant chez des malades porteurs de lésions tuberculeuses, il est permis de se demander s'il ne s'agirait pas, ou bien de toxines tuberculeuses, et nous arrivons alors à la théorie toxinique proposée par Hallopeau en 1900 pour les tuberculides, ou bien de bacilles de Koch morts ou atténués : c'est la théorie de Haury.

1° *Théorie toxinique de Hallopeau.* — La base scientifique de cette hypothèse est représentée par la connaissance des poisons fabriqués par le bacille tuberculeux. Les recherches de Koch et Gamaleia, de Grancher et Ledoux-Lebard ont établi que le bacille fabrique des poisons qu'il abandonne aux milieux où il se cultive. Les belles recherches d'Auclair ont prouvé que ces poisons pouvaient jouir de propriétés en somme assez différentes.

Pour les partisans de cette théorie, celle-ci serait seule capable d'expliquer le rapport de cause à effet qui rattache à la tuberculose les affections dont on ne peut vérifier la nature, ni par l'inoculation, ni par l'examen bactériologique ou histologique.

Dans le cas particulier de l'eczéma coïncidant avec

(1) Gougerot. L'eczéma réaction de défense, *Journal des Praticiens* 19-26 juillet 1913.

des lésions tuberculeuses de l'organisme, certains faits sembleraient donner à cette théorie une certaine vraisemblance, tels que la reproduction de certaines dermatoses et de l'eczéma par la tuberculine.

Thibierge et Gastinel (1) ont rapporté en 1909 que chez les malades atteints d'éruptions polymorphes, ils ont vu se développer au siège de l'injection de tuberculine une réaction reproduisant exactement le type des éléments apparus spontanément, à tel point que sans la trace de l'aiguille, il aurait été impossible de distinguer les éléments produits expérimentalement, des autres.

Le Dr Dufour a aussi signalé, en 1907, le cas d'un enfant de trois ans, séborrhéique chez lequel la cuti-réaction donna naissance *in situ* à un placard d'eczéma sec.

Moty a cité, en 1902, un cas d'eczéma qu'il rattache à cette théorie et qu'il fait rentrer dans la catégorie des toxi-tuberculides. Voici du reste l'observation de ce malade :

Observation XII (Moty).

Malade entré le 6 juin dans mon service porteur de grandes plaques d'eczéma sec palmaire et plantaire, à peu près symétriques, datant de 4 mois et qui ont débuté peu après la formation d'une gomme bacillaire de la 1re côte. Jamais ce malade n'avait eu auparavant la moindre menace d'eczéma. La lésion costale est restée stationnaire et ne paraît pas contenir de pus; on trouve quelques ganglions au bord posté-

(1) Thibierge. Sur la reproduction de certaines dermatoses par la tuberculine en injection intra-dermique. *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1909.

rieur des sterno-mastoïdiens, rien aux épididymes, rien de net aux poumons.

Le malade est soumis à l'arséniate de soude en solution étendue à raison de 1 centigramme par jour; localement, glycérolé de bismuth et enveloppements caoutchoutés.

Sous l'influence de ce traitement les plaques s'améliorent rapidement: la moins grave, celle de la main gauche, est libérée au bout de huit jours et, le 20 juin, je remplace le pansement par de simples onctions gaïacolées, deux fois par jour. Il sort le 27 juin proposé pour un congé.

En raison des antécédents du malade, ces plaques d'eczéma si nettement délimitées semblent bien produites par l'action des toxines tuberculeuses. Les effets favorables du traitement général et surtout l'action du gaïacol au 1/5e dans la glycérine, tendent à légitimer le classement de cette dermite dans la catégorie des toxi-tuberculides, selon l'heureuse expression de M. Hallopeau.

2° *Théorie de l'origine sanguine*, défendue par Haury en 1898 et adoptée par Pautrier (1) en 1903.

D'après cette théorie les lésions de la peau seraient produites par des embolies de bacilles morts ou atténués par le fait peut être, de la lutte qu'ils ont eu à subir contre les éléments défensifs de l'organisme dans un premier foyer d'infection ganglionnaire ou autre, ou dans le milieu sanguin. Arrivés dans la peau, ces bacilles seraient encore capables de susciter une réaction locale temporaire, mais ils succombent ou disparaissent plus ou moins rapidement, d'où guérison spontanée et non inoculation des lésions.

Enfin il n'est pas douteux que la tuberculose guérit

(1) Pautrier. *Les tuberculoses cutanées atypiques.* Paris 1903.

souvent au point de devenir cliniquement latente. Cependant elle est susceptible de se réveiller sous des influences diverses et de donner naissance à des décharges bacillaires. Elle crée alors un état d'immunité relative qui se traduit par les phénomènes de l'allergie. On comprend dès lors que les manifestations cutanées résultant d'embolies bacillaires puissent varier grandement de forme et d'allure, selon le degré d'atténuation des bacilles, selon le nombre de bacilles importés, et selon le degré et la modalité d'allergie que possède le sujet.

A cette théorie on pourrait rattacher un certain nombre de faits, comme celui que cite Leser (1), d'eczéma précédant un lupus :

Observation XIII (Leser).

Garçon de 12 ans; à 3 ans fut atteint d'une inflammation tuberculeuse de la hanche.

A. H. Ascendants affectés de cette maladie héréditaire. Mère morte phtisique.

A. P. Coxite à marche lente, 2 abcès. Suppuration pendant 6 ans, un eczéma se développe occupant toute l'étendue du pansement. La 7e année la fistule se tarit, mais la peau adjointe reste ulcérée.

Etat actuel : Poumons sains, pas d'albumine. La peau de la région indiquée ci-dessus est le siège d'un lupus de la largeur de deux mains. On a constaté des granulations tuberculeuses et des bacilles.

(1) Leser. Klinischer Beitrag zuhr Lehre von Tuberculosin Infection. *Fortschritte der Medizin*, 1887, nº 5.

Hudelo, Gastou et Lévy (1) en 1904, avaient rapporté (obs. XL) le cas d'une jeune fille de 20 ans, qui présentait une dermatose ayant tous les caractères morphologiques de l'eczéma. Gastou fit une biopsie et conclut qu'il y avait deux processus associés : l'un profond, tuberculeux; l'autre, superficiel, d'eczématisation, avec cette particularité que les lésions eczémateuses présentaient une fixité spéciale en rapport avec la topographie des lésions tuberculeuses de la profondeur. Il pensa à la possibilité d'une tuberculose cutanée atypique, d'une tuberculide avec eczématisation.

Faut-il rapprocher de tous ces faits, les cas d'eczéma constatés chez les malades présentant des lésions tuberculeuses ganglionnaires ou pulmonaires latentes ou à lente évolution comme ceux que nous avons eu l'occasion d'observer?

Il faudrait donc classer ces eczémas parmi les tuberculides ou tout à côté, dans la catégorie des tuberculoses inflammatoires aspécifiques non folliculaires avec Poncet et Leriche.

Auclair a montré que, chez le cobaye, certaines toxines produiraient de simples lésions congestives et irritatives ne rappelant en rien les lésions tuberculeuses. Peut-être, comme Gastou (2) en a émis l'idée (obs. XLI) pourrait-il exister, à côté des tuberculides, des lésions

(1) Hudelo, Gastou, Lévy. Dermite para tuberculeuse avec eczématisation superficielle fixe et récidivante. *Annales de Dermat. et Syph.* 1904, p. 1005.

(2) Gastou et Paris. — Dermatose para-tuberculeuse lichenoïde et eczématiforme et tuberculides associées à des adenites cervicales tuberculeuses. *Annales de Dermat. et Syph.*, 24 mai 1901.

cutanées para-tuberculeuses, comme il y a à côté des syphilides des lésions parasyphilitiques?

Mais alors il faudrait admettre que tous les malades atteints d'eczéma et sans exception, présentent un état d'imprégnation tuberculeuse plus ou moins atténué, sinon comment expliquer que des eczémas en tous points semblables par leur morphologie, par leur constitution histologique, ainsi que par leur évolution relèvent tantôt de la tuberculose, tantôt d'un simple trouble fonctionnel de l'organisme ?

Il est donc impossible d'admettre une telle interprétation car nous avons vu que si, dans certains cas, l'eczéma se montre chez des individus porteurs de lésions tuberculeuses, dans d'autres au contraire, cette dermatose apparaît chez des sujets indemnes de toute lésion bacillaire, dont les antécédents, tant héréditaires que personnels, ainsi que l'examen clinique le plus minutieux, ne permettent pas de suspecter la tuberculose.

3° *Théorie des poisons autogènes par insuffisance des émonctoires.* — Certains auteurs ont tenté d'expliquer l'apparition de l'eczéma par une insuffisance de l'élimination rénale, une insuffisance hépatique ou intestinale, les toxines s'éliminant alors en partie par la peau. Sans doute les troubles rénaux, hépatiques ou intestinaux sont fréquents chez les tuberculeux et l'on aurait pu se demander également si tel n'était pas le mécanisme chez une certaine catégorie de tuberculeux à lésions sclérosées, guéris par suralimentation et devenus obèses, et même arthritiques et lithiasiques, mais chez tous les malades que nous avons examinés nous n'avons

jamais pu découvrir, ni par l'examen clinique, ni par l'analyse des urines un trouble quelconque dans le fonctionnement de ces organes. D'ailleurs comme le dit Darier, trop d'arguments décisifs plaident contre cette hypothèse qui est encore parfois admise pourtant, selon laquelle la peau joue un rôle vicariant par rapport aux autres émonctoires quand ceux-ci sont insuffisants et s'eczématisent sous l'influence de poisons autogènes, toxines, et déchets de la nutrition qui cherchent en elle une voie d'excrétion.

4° *Théorie nerveuse.* — Jacquet, en faisant intervenir une action nerveuse reflexe d'ordre trophique a émis une hypothèse permettant aussi d'expliquer cette réaction cutanée : l'eczéma.

D'après cette théorie, *toute lésion viscérale, toute viciation du milieu intérieur*, auraient pour effet de modifier l'influx nerveux transmis à la peau par les terminaisons périphériques. L'altération de son trophisme mettrait la peau en état de réagir par l'eczéma contre des irritations externes fortes ou même très faibles, qui eussent été bien tolérées à l'état normal.

Cette hypothèse sans doute fort séduisante permettrait donc d'englober tous les cas, mais ce n'est qu'une hypothèse et difficilement vérifiable.

Il est donc préférable dans l'état actuel de nos connaissances de ne pas interpréter et de nous borner à constater que chez les sujets atteints de troubles organiques : mauvais fonctionnement rénal, hépatique, intestinal, lésions de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire, retentissant sur l'état général, il existe un

état particulier de la peau, qui joint à une susceptibilité individuelle fait que, sous l'influence d'une irritation plus ou moins forte, cette peau réagit tantôt sous forme d'eczéma, tantôt sous forme de psoriasis ou de lichen etc.

Nous savons d'ailleurs que chez les individus débilités, à tempérament lymphatique, chez tous ceux qui présentent un trouble organique, un mauvais état général, chez les prédisposés à la tuberculose, la peau réagit souvent sous l'influence des moindres causes. Ne voyons-nous pas en effet, les engelures se produire avec une remarquable fréquence chez ces sujets? Ce sont eux aussi dont la peau se montre d'une sensibilité exagérée à l'égard des parasites : piqûres de puces, de punaises, de moustiques et Hyde (1) avait remarqué la fréquence des éruptions médicamenteuses chez les cachectiques et particulièrement chez les tuberculeux.

Nous avons nous-même eu l'occasion dernièrement, grâce à l'obligeance de M. le Dr Pouech, de voir un malade qui présentait un mauvais état général avec condensation du sommet gauche et pleurite des bases, à qui l'on avait fait une série de pointes de feu sur le côté gauche du thorax en avant et chez lequel était apparu, sur chaque pointe de feu, un élément typique de psoriasis.

La question du mécanisme de l'eczéma développé sur un terrain tuberculeux, est donc encore bien loin d'être élucidée. Cette dermatose est-elle le résultat d'une

(1) Hyde. *Congrès international de Dermatologie*, Londres 1896.

localisation toxinique ou microbienne, existe-t-il une altération trophique de la peau d'origine nerveuse? Il est bien difficile de répondre et il faudra sans doute effectuer encore bien des recherches avant de pouvoir déterminer ce mécanisme.

CHAPITRE VII

AUTRES OBSERVATIONS

Observation XIV (Personnelle)

B... Camille, 27 ans entre dans le service de M. le médecin-major M. Pinard à l'hôpital D. Larrey le 28 juin 1918, envoyé par le médecin de son corps pour eczéma impétigineux.

A. H. Père mort de congestion pulmonaire. Mère bien portante.

A. P. N'a jamais été malade jusqu'à l'âge de 20 ans. Pendant son service militaire en 1912, bronchite aigüe pour laquelle il entre à l'hôpital où il reste un mois avec une température de 39° au début pendant quatre à cinq jours, puis 37° 2 ou 37° 3 le matin; 37° 8 ou 38° le soir. Résolution traînante, amaigrissement de 4 à 5 kilogs. Le malade a continué à tousser le matin encore pendant un mois. En 1913 et 1914, nombreuses bronchites. Il s'enrhume facilement dit-il, et tousse tous les hivers.

En septembre 1917, évacué du front pour un eczéma avec croûtes et suppuration intense, qui avait envahi toute la face et le cou. Amaigrissement de 10 kilogs. Soigné à l'hôpital du Hâvre par M. M. Pinard : traitement local, injections de cacodylate de soude et huile de foie de morue. Reste 4 mois et demi en traitement; l'eczéma s'améliore notablement, la suppuration et les croûtes disparaissent, il reste seulement

un érythème. Sort de l'hôpital du Hâvre le 31 janvier 1918 et envoyé à Bordeaux où l'on n'applique qu'un traitement local : pansements au sulfate de cuivre, la suppuration reparaît avec croûtes nombreuses, pansements au néol sans résultat, pommade ichtyolée.

En mars, reprise du traitement général : injections de cacodylate de soude (30 injections en 3 séries), amélioration.

Sort de l'hôpital en juin : eczéma sec erythémateux. Pendant une convalescence de 7 jours, les croûtes et la suppuration reparaissent sur la lèvre supérieure et le menton. Il rentre alors au dépôt à Versailles et est envoyé dans le service de M. Pinard.

A l'arrivée : eczéma impétigineux, suppuration, croûtes nombreuses sur la lèvre supérieure et le menton.

Examen de l'appareil respiratoire. — Palpation : légère atrophie du trapèze à droite, douleur à la pression. Exagération des vibrations au sommet droit.

Percussion : Submatité au sommet droit en avant et en arrière et dans la région du hile.

Auscultation. — A droite : Respiration diminuée en avant et en arrière, un peu rude au sommet. Retentissement de la toux. Le malade tousse le matin au réveil; anorexie.

Radioscopie : Légère diminution de transparence des deux sommets, le droit s'éclaire moins bien.

Adénopathie hilaire et trachéo-bronchique. Thorax presque immobile. Elasticité pulmonaire et amplitude du diaphragme à peine perceptibles. (Le malade ne sait pas respirer).

Examen des crachats : négatif.

Examen des urines : analyse complète, rien d'anormal.

Foie et cœur : normaux.

Traitement. — Reprise du traitement général, deux injections par semaine de 150 centimètres cubes de chlorure de magnésium à 18 p. 1000. Pulvérisations phéniquées. Amélio-

ration de l'état général, reprise de l'appétit et amélioration de l'eczéma.

Le 8 août : L'eczéma ne suppure plus, les croûtes ont disparu, aspect rouge farineux et sec; persistance seulement de quelques croûtes sur le menton.

Observation XV (personnelle).

F... Marius, 24 ans, entre dans le service de dermatologie à l'hôpital D. Larrey de Versailles le 14 novembre, venant du service de laryngologie où il était soigné pour une otite suppurée bilatérale à la suite de laquelle il a fait une poussée d'eczéma localisé aux oreilles. Huit jours après, l'eczéma se généralise à la face, au cou et à la tête sous forme d'éruption aigüe avec suppuration.

Traité par des pansements humides pendant deux mois, pommade à l'oxyde de zinc, pommade ichtyolée, au calomel, à l'huile de cade, pulvérisations phéniquées, attouchements à l'eau d'Alibour, liniment oléo-calcaire. Le traitement local ne donne aucun résultat.

Dans la nuit du 30 juin au 1er juillet 1918, le malade est pris d'insomnie avec grande oppression et l'on constate les signes physiques d'un épanchement pleurétique à la base gauche. Amélioration rapide.

Le 4 juillet, l'épanchement semble se résorber et le 10 juillet il a disparu.

Une analyse d'urines pratiquée à ce moment donne :

Volume	2.200
Couleur	jaune brunâtre
Aspect	trouble
Dépôt	abondant
Réaction	acide
Densité	1013

Urée	19,60 par litre	43,12 par 24 heures
Chlorures	4,90 —	10,78 —
Acide phosphorique.	1,60 —	3,52 —
Glucose	néant	
Albumine	0,42 *par litre*	0,92 par 24 heures
Hémoglobine	*abondante*	
Urobiline.	traces	
Pigments biliaires. .	néant	
Indican.	peu abondant	
Acétone	néant.	

Cellules épithéliales de la desquamation normale, nombreux leucocytes altérés, très nombreuses hématies, nombreux cylindres hyalins et granuleux, quelques cylindres hématiques.

Acide urique : assez abondant.

Au 7 août 1918, le malade présente un eczéma étendu sur toute la face, le cuir chevelu et le cou, à fond rouge, suintant avec croûtes épaisses. Tendance marqué à l'amelioration, parallèle à celle de l'état général. Le malade a engraissé, il se sent mieux et plus robuste.

A. H. : Néant.

A. P. S'enrhume facilement l'hiver, mais n'a jamais dit-il, à part sa pleurésie, fait de maladie bien caractérisée.

Examen de l'appareil respiratoire. — *Palpation* : Atrophie du trapèze assez marquée à droite. Augmentation des vibrations au sommet droit.

Percussion : Myodème à droite.

Matité hilaire et fosses sus-épineuse et sous-claviculaire droites.

Auscultation. A droite : Affaiblissement du murmure vésiculaire en avant; respiration diminuée surtout au sommet en arrière et retentissement de la toux.

A gauche : Obscurité respiratoire à la base.

Radioscopie. — Sommet droit voilé dans son ensemble en avant et en arrière et surtout dans son pourtour avant où

il s'éclaire imparfaitement à la toux; s'éclaire moins bien en arrière. Diminution de l'élasticité pulmonaire droite.

Longue chaîne ganglionnaire opaque à droite et à gauche au niveau du hile, entourée surtout à droite d'une zône d'ombres diffuses. Diminution de l'amplitude du diaphragme à gauche.

Diminution de transparence de la base du champ pulmonaire gauche.

Examen des crachats : négatif.

Examen des urines le 11 septembre :

Volume	1800			
Couleur	jaune ambrée			
Aspect	louche			
Densité	1013			
Urée	15.00	par litre	27.00	par 24 heures
Chlorures	5.14	—	9.25	—
Glucose	0			
Albumine	traces légères			
Urobiline	traces			
Indican	peu abondant.			

Traitement actuel : 2 injections de chlorure de magnésium par semaine, sirop iodo-tannique, pâte ichtyolée.

Observation XVI (Personnelle).

M... 27 ans, se présente à la consultation de l'hôpital D. Larrey le 14 août 1918 pour eczématisation de la main droite remontant à deux mois avec nouvelle poussée à la suite du traitement de la gale fait il y a 3 semaines.

Eczéma à fond rouge squameux, légèrement suintant, s'étendant sur la face supérieure de la 1re phalange du pouce, du médius, de l'annulaire et de l'auriculaire ainsi que sur la face supérieure du 5e métacarpien.

A. H. Mère bien portante; père mort en 1913 de tuberculose pulmonaire.

A. P. Rougeole à 10 ans, paratyphoïde à 20 ans. A toujours été malingre et d'une santé plutôt délicate ; s'enrhume tous les hivers. Le malade est un tousseur.

Actuellement : malade amaigri, avec dépression sus-claviculaire marquée.

Taille : 1 m. 66 ; périmètre thoracique : 0,80.

Poids : 60 kilogs. Varicosités et hypertrichose interscapulaires.

Examen de l'appareil respiratoire. — Palpation : Atrophie du trapèze à droite, douleur à la pression. Vibrations exagérées sommet droit.

Percussion : Submatité du sommet droit en avant et en arrière ; matité hilaire droite, myœdème bilatéral.

Auscultation : *A droite* : Diminution du murmure vésiculaire, quelques râles après la toux, bronchophonie et retentissement de la toux au sommet.

A gauche : Respiration soufflante au sommet.

Radioscopie. — N'a pu être faite le malade n'étant pas resté à l'hôpital.

Foie et cœur : normaux.

Observation XVII (Personnelle).

H... Marcel, 31 ans, se présente le 22 août 1918 à la consultation de l'hôpital D. Larrey de Versailles, pour eczéma localisé à l'extrémité des doigts et entre le pouce et l'index gauche, datant de 15 jours.

On remarque à chaque extrémité dorsale des doigts de la main gauche, un petit placard d'eczéma sec à fond érythémateux et entre le pouce et l'index gauches une petite plaque de la dimension d'une pièce de deux francs avec desquamation furfuracée.

A la main droite, sur le bord cubital, au niveau du 5e métacarpien, placard ovalaire de cinq centimètres sur deux, à fond rouge, fendillé, légèrement suintant.

N'a jamais eu d'autre poussée d'eczéma.

A. H : Père rhumatisant mort à 53 ans.

Mère bien portante.

A. P : A l'âge de 1 an, impetigo du visage.

Rougeole dans l'enfance, oreillons à 21 ans. Mobilisé en 1914, part au front comme automobiliste ; bien portant jusqu'au 1er avril 1915, date à laquelle il est évacué à l'intérieur pour bronchite. Soigné à l'hôpital de Nîmes, y reste trois semaines et sort avec 15 jours de convalescence. Il ne toussait plus, mais avait maigri de 2 kilos environ.

A son retour au dépôt il est déclaré inapte pour deux mois aux armées, puis repart au front.

Au mois de mai 1916, il est évacué à nouveau pour « bronchite suspecte, respiration soufflante ». Soigné d'abord à Martigny, puis à Millau, il est envoyé à Amélie-les-Bains où il reste jusqu'à fin août 1916.

Le malade éprouvait encore une grande oppression avec gêne respiratoire, toux surtout le matin au réveil ; amaigrissement de 12 kilogrammes. Il part en convalescence de 15 jours et obtient une prolongation d'un mois pour « Bronchite suspecte, respiration soufflante aux sommets » ; rentré au dépôt en octobre 1916 il est classé dans les services auxiliaires. Depuis ce moment, bronchites fréquentes, s'enrhume facilement aux périodes de mauvais temps ; gêne respiratoire l'obligeant souvent, dit-il, à se faire poser des ventouses. A pris l'hiver dernier du sirop iodo-tannique sur les conseils du Dr Trémolières qui l'avait soigné à Amélie-les-Bains.

Examen du malade. — Ne présente pas un mauvais aspect général, cependant on note une insuffisance musculaire assez prononcée. Varicosités interscapulaires très développées et circulation veineuse collatérale en avant et à gauche.

Examen de l'appareil respiratoire. — Palpation. Atrophie du trapèze à gauche, augmentation des vibrations au sommet gauche.

Percussion : Submatité à gauche, en avant et en arrière au sommet. Matité hilaire.

Auscultation. — A droite : respiration diminuée à la base.

A gauche : respiration rude et soufflante en arrière et au sommet, quelques râles après la toux. Respiration soufflante au niveau du hile.

Radioscopie. - Thorax déformé, les clavicules et les côtes ont une direction presque horizontale ; espaces intercostaux élargis, mobilité costale à peine perceptible.

L'ensemble des deux champs pulmonaires et des sommets est brouillé et le brouillard est beaucoup plus épais au sommet gauche en avant et en arrière, dont le contour est effacé et s'éclaire imparfaitement.

Elasticité pulmonaire et amplitude du diaphragme diminuées surtout à droite. L'inspiration profonde est très limitée et modifie à peine la clarté des bases, surtout du côté gauche.

Ombre diffuse au niveau du hile des deux côtés ; espace retro-cardiaque voilé emphysème . Adénopathie hilaire et péribronchique.

Examen des crachats : négatif.

Examen des urines : rien d'anormal.

Cœur et foie : normaux.

Traitement : Deux injections par semaine de 200 centimètres cubes de chlorure de magnésium ; sirop iodo-tannique. Pommade au calomel, — baume du Pérou.

Sort le 19 septembre 1918, guéri.

Observation XVIII (Personnelle).

L...., Auguste, 44 ans, se présente à la consultation de l'hôpital D. Larrey de Versailles le 4 septembre 1918 pour un eczéma de la jambe gauche datant de 10 jours.

Cet eczéma forme un placard s'étendant du talon et du coup de pied jusqu'au 1/3 supérieur de la jambe gauche occu-

pant presque uniquement la face interne de la jambe. Eczéma à fond rouge, sec, avec desquamation par larges plaques et suppuration à la partie inférieure de la jambe ; pas de croûtes.

Le malade a déjà eu au mois de juin dernier de l'eczéma qui a commencé à la partie inféro-interne de la jambe gauche et s'est étendu jusqu'au 1/3 supérieur, envahissant également la plante du pied. La jambe droite a été envahie aussi sur sa face interne, ainsi que les avant-bras, les mains, le cou et la figure.

Pas d'eczéma antérieurement.

A. H : néant.

A. P. : ne se souvient pas d'avoir été malade dans l'enfance, mais dit s'enrhumer facilement et tousse tous les hivers.

Bronchites en 1916 et 1917.

Examen de l'appareil respiratoire. — Varicosités inter-scapulaires assez accentuées.

Palpation : Atrophie légère du trapèze à droite et augmentation des vibrations au sommet droit.

Percussion : Submatité à droite, en avant et en arrière, plus marquée au sommet.

Matité hilaire surtout à droite.

Auscultation : Respiration rude et granuleuse au sommet droit. Bronchophonie et retentissement de la toux. Souffle inter-scapulovertébral à droite.

Radioscopie : Sommets obscurs et s'éclairant faiblement à la toux. Tout le poumon droit est fortement voilé et même un peu obscur au 1/3 inférieur; pachypleurite vers la base.

Examen des crachats : Négatif.

Examen des urines : Rien d'anormal.

Cœur et foie : Normaux.

Traitement : Sirop iodo-tannique, cacodylate de soude, nitratage et pâte ichtyolée.

Sort le 21 septembre 1918 très amélioré.

Observation XIX (Personnelle).

M... Albert, entre le 6 avril 1918 à l'hôpital D. Larrey à Versailles pour eczéma des jambes et du cuir chevelu.

Cet eczéma s'étend sur toute la face antérieure de la jambe depuis le cou-de-pied jusqu'au genou: placards sur la face externe de la jambe gauche également. Eczéma nummulaire sur l'abdomen et l'avant-bras gauche et impétigineux du cuir chevelu.

A l'examen du malade, on note de l'atrophie du trapèze à droite avec douleur à la pression, de la matité hilaire, du myœdème surtout accentué à gauche en avant et de la matité sus-claviculaire droite.

Respiration très soufflante à droite.

Traitement : Huile de foie de morue, sirop iodo-tannique, cacodylate de soude ; sur les jambes : glycérolé cadique.

Le malade sort le 16 mai 1918 et part en convalescence *complètement guéri*.

L'eczéma réapparaît 15 jours après avec les mêmes localisations, bras, jambes et cuir chevelu, et le malade est hospitalisé à St-Louis où il reste du 9 juillet au 6 septembre. Pas de traitement interne, mais pansements humides au sulfate de zinc et chlorure de sodium et pommade ichtyolée après application de goudron : *aucune amélioration*.

Se représente le 21 septembre 1918 à la consultation de l'hôpital D. Larrey où il entre le 23 septembre pour eczéma des jambes et des avant-bras.

Le malade présente un grand placard érythémato-squameux qui s'étend sur toute la face antérieure de la jambe droite et la face externe de la jambe gauche; deux autres placards face interne cuisse droite et face antérieure cuisse gauche ; deux autres encore face externe de l'avant-bras droit et face postérieure de l'avant-bras gauche.

Furonculose du cou.

A. H : Néant.

A. P : Rougeole dans l'enfance; fièvre typhoïde à 14 ans; péritonite tuberculeuse à 15 ans; bronchite en 1915, tousse depuis ce moment surtout l'hiver; amaigrissement assez notable depuis quelque temps ; mauvais état général, blond, à peau blanche, fine; le malade tousse fréquemment.

Actuellement : présente encore de l'atrophie du trapèze à droite, avec douleur à la pression; myœdème, surtout à gauche en avant. Dépression sus-claviculaire.

Examen de l'appareil respiratoire. — Percussion : Submatité à droite en avant et en arrière au sommet. Matité hilaire.

Palpation : Augmentation des vibrations au sommet droit.

Auscultation : *A droite* : Respiration un peu rude au sommet en arrière, soufflante en avant sous la clavicule. Eclatement de la toux au sommet.

A gauche : Inspiration granuleuse au sommet, expiration soufflante.

Respiration diminuée dans toute l'étendue du poumon.

Radioscopie. — Sommet gauche gris, mais perméable. Adénopathie médiastino-hilaire; l'ombre du hile diffuse en éventail dans le champ pulmonaire gauche. On aperçoit à gauche quelques minces travées opaques qui divergent de l'ombre du hile en haut vers le sommet. Diminution de l'élasticité pulmonaire à gauche; la base gauche s'éclaire mal à l'inspiration profonde.

Examen des crachats : négatif.

Examen des urines : rien d'anormal.

Cœur et foie : normaux.

Traitement : pâte ichtyolée, sirop iodo-tannique, une série de piqûres de sérum composé (cacodylate, glycérophosphate et strychnine).

Amélioration très notable le 10 Octobre.

Observation XX (Personnelle).

M... Pierre, 26 ans, se présente à la visite du dépôt du 20e train le 10 septembre 1918 pour eczéma de l'ombilic. Cet eczéma humide, rouge et suintant, s'étend au pourtour de l'ombilic sur un centimètre environ, où il prend la forme croûteuse.

Début de l'eczéma à la fin de mai 1917, depuis ce moment : alternatives d'amélioration et de récidive sans guérison complète. N'a jamais eu d'autres poussées d'eczéma.

A. H : Néant.

A. P : Ne se souvient pas d'avoir été malade dans son enfance ; oreillons à 13 ans, s'enrhume facilement, tousse tous les hivers. Rougeole à 21 ans.

En 1913, pendant son service militaire dans l'infanterie, est versé au train des équipages pour tendance à l'obésité. Quelque temps après, amaigrissement progressif de 20 kilogs en deux mois sans maladie caractérisée. Le malade ne pesait plus alors que 65 kilogs et présentait une asthénie assez marquée.

En 1914, bronchite aiguë pour laquelle il entre à l'infirmerie où il était en traitement à la mobilisation. Il part au front en janvier 1915 et y reste jusqu'au 3 avril 1918. Pas de maladie pendant son séjour au front, il avait repris 7 à 8 kilogs.

Le 3 avril 1918 il est blessé par éclat d'obus : « Plaie pénétrante du thorax côté droit » à la suite de laquelle il fait un hémothorax suppuré. Pleurotomie avec résection costale à l'ambulance ; est évacué sur l'intérieur le 8 mai 1918, il ne pesait plus alors que 50 kg. et fut classé dans les services auxiliaires.

Examen du malade. — Il rentre de convalescence d'un mois et son état général s'est, dit-il, amélioré. Poids 65 kilos. Taille : 1 m. 65. On remarque de suite la teinte

bicolore des cheveux et de la moustache : cheveux noirs, moustache blond roux ; en arrière, dans la partie droite du thorax : deux cicatrices, celles de sa blessure et de la pleurotomie. Thorax déformé et aplati à droite.

Examen de l'appareil respiratoire. — Palpation : Atrophie du trapèze à droite et augmentation des vibrations au sommet droit.

Percussion : Myœdème bilatéral en avant, plus marqué à droite. Submatité à droite en avant et en arrière dans toute l'étendue du poumon. Matité hilaire droite.

Auscultation : *A droite*, respiration diminuée dans toute l'étendue du poumon, rude au sommet avec retentissement de la toux.

A gauche, affaiblissement du murmure vésiculaire au sommet, en arrière.

Radioscopie : Sommet droit voilé en avant, s'éclaire très mal. Diminution de transparence des deux sommets en arrière, plus accentuée à droite, ainsi que de l'ensemble du champ pulmonaire droit dont l'étendue est diminuée ainsi que l'élasticité. Sinus costo-diaphragmatique du côté droit effacé ; le diaphragme est épaissi et a une direction nettement horizontale, immobilisé par des adhérences au niveau du sinus costo-diaphragmatique (séquelles de pleurésie).

Adénopathie hilaire très accentuée des deux côtés surtout à droite qui obscurcit l'espace rétro-cardiaque. Cal osseux au niveau de la sixième côte.

Examen des crachats : négatif.

Examen des urines : rien à signaler.

Cœur et foie : normaux.

Traitement : Cacodylate de soude (2 séries de 10 piqûres), huile de foie de morue et applications de glycérolé cadique. Entré à l'infirmerie le 10 septembre, sorti le 25 octobre complètement guéri.

Oboervation XXI (Personnelle).

B... 39 ans, se présente à la visite du 20e Train le 20 septembre 1918 avec un eczéma de l'avant-bras droit ayant débuté en janvier 1917. Pas d'eczéma antérieurement. Depuis cette date alternatives d'amélioration et de récidive.

Actuellement : l'eczéma s'étend sur tout l'avant-bras droit depuis le poignet jusqu'au coude, formant un seul placard à fond érythémateux avec larges squames. L'eczéma est sec à la face antérieure de l'avant-bras et suintant a la face postérieure. Au-dessus du coude, sur la face postérieure du bras, on note également un placard arrondi de 5 centimètres de diamètre, rouge et squameux, sans suppuration.

A. H. Père emphysemateux, décédé. Mère bien portante. Deux frères : l'un bien portant, l'autre réformé pour mauvais état général.

A. P. Dit n'avoir jamais été malade, mais signale dans l'enfance des croûtes de lait et une poussee de furonculose.

Actuellement : ne présente pas un mauvais aspect general, taille 1 m. 83 ; poids : 76 kilogs, mais musculature peu développée et dépression sus-claviculaire.

Examen de l'appareil respiratoire. — Palpation : Atrophie du trapèze à gauche et augmentation des vibrations au sommet gauche.

Percussion : Myodème à gauche : submatite à gauche en avant et en arrière, matité hilaire.

Auscultation : Respiration rude et légèrement granuleuse à gauche, au sommet en avant et en arrière ; bronchophonie.

Examen des crachats : négatif.

Examen des urines : néant.

Cœur et foie : normaux.

Radioscopie : L'ensemble des deux champs pulmonaires et des sommets est embué. Les sommets s'illuminent normalement à la toux, sauf le gauche qui s'illumine moins bien que le droit en avant.

Ombre du hile allongée et très apparente des deux côtés ; espace retro-cardiaque très voilé dans ses 2/3 supérieurs. Direction des côtes et des clavicules presque horizontale, espaces intercostaux élargis; thorax complètement immobile; pas de modification dans la luminosité même aux bases dans le mouvement d'inspiration profonde. Diaphragme presque immobile.

Observation XXII (Service de M. M. Pinard)
Hôpital D. Larrey, Versailles.

G... François, entre à l'hôpital le 6 mars 1918 pour eczéma séborrhéique et squameux de la région inguino-pubienne.

Le malade présente un placard d'eczéma séborrhéique couvrant toute le région pubienne et la face interne des cuisses.

Ce placard est infiltré, rouge, squameux, lichénifié, prurigineux et sensible à la pression. Autour de la région ombilicale il existe des éléments séparés, gros comme une lentille et analogues à des séborrhéides. Dans la région anale et péri-anale il existe de la rougeur et de l'eczématisation.

Le malade présente ces accidents depuis l'âge de 15 ans avec des périodes d'amélioration mais sans guérison complète. Il est grand, assez bien constitué ; moustache blond vénitien, cheveux châtains.

Examen du thorax : Affaissement de l'épaule droite et dépression de la fosse sus-claviculaire droite. Atrophie du trapèze à droite.

Examen de l'appareil respiratoire : Matité sus et sous-claviculaire droite, matité hilaire.

Respiration très diminuée à droite et saccadée en arrière au sommet.

Traitement : Huile de foie de morue. Pommade à l'huile de cade, soufre et acide salicylique.

Observation XXIII (Service de M. M. Pinard).

Q..., Victor, 47 ans, entre à l'hôpital le 12 avril 1918 pour eczéma du cuir chevelu et du front.

A eu une oreille gelée pendant l'hiver 1916-1917.

Varicosités interscapulaires, trapèze atrophié à droite et douloureux à la pression, matité hilaire, myœdème des pectoraux.

Respiration rude et granuleuse dans les fosses sus-épineuse et sous-claviculaire droites.

Traitement : Huile de foie de morue, sirop iodo-tannique, sérum névrosthénique, glycérolé cadique.

Sort de l'hôpital le 24 avril 1918, amélioré.

Observation XXIV (Service de M. M. Pinard).

T..., 21 ans, entre à l'hôpital le 20 avril 1918 pour eczéma lichenifié des cuisses, des avant-bras et du cou.

A. H. : Père bien portant, mais eczémateux.

A. P. : A eu d'autres poussées d'eczéma et deux fluxions de poitrine dans sa jeunesse. Depuis quelque temps le malade a maigri.

Examen : Atrophie du trapèze à droite, douleur à la pression. Matité hilaire, léger myœdème à droite.

Respiration rude au sommet droit.

Traitement : Sirop iodo-tannique, sérum névrosthénique, pâte ichtyolée.

Sort le 30 avril 1918.

Observation XXV (Service de M. M. Pinard).

D..., 28 ans, entre à l'hôpital le 3 mai 1918; il présente quelques furoncles de la nuque et un peu d'eczéma derrière les oreilles et sur le cuir chevelu.

Atrophie du trapèze à droite. Matité hilaire. Respiration granuleuse avec craquements dans la fosse sus-épineuse droite.

Traitement : Sirop iodo-tannique; badigeonnages iodés sur la poitrine, pommade à l'huile de cade.

Observation XXVI (Service de M. M. Pinard).

C... Gaston, entre à l'hôpital le 19 mai 1918 envoyé pour accidents spécifiques probables. Wassermann : *négatif*.

Il présente au pied droit, face interne :

1° des éléments ulcérés à contour polycyclique, revêtus encore par endroits d'une peau morte, analogue à celle qui recouvrirait une ampoule crevée.

2° d'autres éléments plus jeunes et intacts composés d'une petite bulle recouverte d'une peau blanchâtre et morte et entourée d'une aréole violacée.

3° des éléments plus jeunes encore, ressemblant à une piqûre de guêpe. Lésion centrale blanchâtre avec minime aréole rouge au pourtour, sans aucune surélévation. Sur la langue, lésions discrètes à la pointe, blanc bleuâtre, de lichen plan. Sur la face interne des commissures il existe également des arborisations en forme de fougère de teinte lilas, qui ne sont pas autre chose que du lichen plan.

Le malade est un vieux tousseur; tousse tous les hivers.

Atrophie du trapèze à droite, varicosités interscapulaires, matité hilaire, submatité sous-claviculaire droite.

Respiration granuleuse autour du hile droit; inspiration rude et en escalier à droite au sommet.

Traitement : Sirop iodo-tannique phosphaté, injections de sérum composé.

Sort le 22 juin 1918, très amélioré.

Observation XXVII (Service de M. M. Pinard)

L..., Martin, entre le 21 mai 1918, pour des lésions d'eczéma des mains, face dorsale et des placards d'eczéma nummulaire de la cuisse droite.

Atrophie du trapèze à droite, circulation veineuse collatérale. Matité hilaire.

Respiration granuleuse au sommet droit. Sort le 5 juin 1918 amélioré.

Observation XXVIII (Service de M. M. Pinard)

M..., Marius, entre le 6 juin 1918 pour eczéma suintant des jambes. Rentre de convalescence de bronchite.

Atrophie du trapèze à droite, matité hilaire, myxœdème bilatéral.

Respiration diminuée à gauche ; respiration saccadée et soufflante à droite.

Traitement : Sirop iodo-tannique phosphaté, cacodylate de soude, nitrate d'argent à 1 10. Sort le 5 juillet 1918 très amélioré, plus de suintement.

Observation XXIX (Service de M. M. Pinard).

B.. Pierre, 43 ans, entre le 7 juin 1918 pour ecthyma avec lésion eczématisée de la région externe et interne de la jambe droite.

Blessure du poumon par éclat d'obus en 1914, bronchites.

Atrophie du trapèze à droite, matité hilaire, quelques sibilances péri-hilaires.

Traitement : Repos absolu au lit. Sirop iodo-tannique, injections de chlorure de magnésium, pommade au calomel-baume du Pérou.

Sort le 5 juillet 1918, guéri.

Observation XXX (Service de M. M. Pinard).

S... Auguste, entre le 7 juin 1918 à l'hôpital pour eczéma de la jambe gauche, faces antérieure, postérieure et externe.

Cet eczéma date de 8 mois.

Aurait eu il y a 6 ans un commencement de tuberculose pulmonaire.

Affaissement de l'épaule gauche, les deux trapèzes sont à peu près égaux. Respiration diminuée à gauche et en escalier. Asphyxie des extrémités. Légère rétraction de la pointe du cœur et souffle systolique prononcé se propageant vers l'aisselle. Cicatrices d'adénites cervicales à droite datant de 6 à 7 ans.

Traitement : Sirop iodo-tannique phosphaté, injections de sérum composé. Nitratage au 1/10^{e}, pâte ichtyolée.

Sort le 5 juillet 1918, guéri.

Observation XXXI (Service de M. M. Pinard).

L..., Albert, 22 ans, entre le 12 juin 1918.

Le malade présente des lésions eczémateuses des deux jambes et un état général médiocre : toujours maladif, tousse.

Père mort à 39 ans de tuberculose ; mère maladive ; deux sœurs de santé médiocre. Anomalies dentaires, écartement des deux incisives supérieures, implantation vicieuse. Irrégularités et déformations dentaires à la machoire inférieure.

Atrophie du trapèze à droite, matité hilaire, myœdème. Respiration soufflante et diminuée à droite au sommet.

Traitement : Trois injections de saccharose. Pommade

au calomel-baume du Pérou. Sort le 23 juin avec une grande amélioration.

Observation XXXII (Résumée).

Service de Gibert hôpital St-Louis, citée par Milcent (1).

Scrofule : développement successif d'éruptions vésiculeuses, pustuleuses, bulleuses : pleurésie avec tubercules, épanchement séreux ; mort.

La nommée Stéphant, 33 ans, a toujours été sujette à des éruptions dartreuses.

Pendant l'enfance : croûtes à la tête, engorgements ganglionnaires du cou qui n'ont pas suppuré.

Après et jusqu'à l'époque où elle a été réglée, elle a eu souvent des furoncles et des pustules d'ecthyma en différents points du corps.

Réglée à 17 ans et régulièrement depuis, mais à chaque époque : poussées d'eczema durant quelques jours ; cela s'est produit de 17 à 31 ans.

A ce moment la forme et l'aspect de l'éruption ont changé, il est survenu de petites pustules suivies de formation de croûtes à la tête, sur le nez et la face. L'éruption n'a pas disparu comme les précédentes et s'est étendue, gagnant toute la surface du corps au bout de 10 mois. A partir de ce moment les règles sont suspendues. Cet état persiste depuis deux ans quand elle entre à l'hôpital.

La face, le cuir chevelu, les membres et une grande partie du tronc sont presque entièrement recouverts par une desquamation, croûteuse en quelques points, simplement squameuse en d'autres. Dans quelques parties les surfaces sont sèches, dans d'autres une exhalation séreuse s'opère au dessous des croûtes.

(1) Milcent. *De la scrofule*. Paris 1846.

Quatre mois après, nouveau changement d'aspect : larges soulèvements de l'épiderme remplis de sérosité (pemphigus chronique). Quelque temps après, diarrhée, amaigrissement et diminution considérable des forces. Tous ces symptômes ont résisté au traitement. L'état cachectique et le marasme ont augmenté rapidement. La malade est morte 5 mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie : Epanchement assez considérable de sérosité dans le côté gauche de la poitrine. La surface des deux plèvres est parsemée de nombreux tubercules crus du volume d'une lentille ou un peu plus gros. Pas de tubercules dans le parenchyme pulmonaire. Foie volumineux et gras, tous les autres organes exangues.

Observation XXXIII (Résumée) Baumès (1)

L'irritation chronique de la muqueuse bronchique, du tissu pulmonaire, des plèvres, détermine sympathiquement des éruptions à forme puro-vésiculeuse sur la poitrine et les épaules.

Per..., Louis, 25 ans, tonnelier; tempérament lymphatique sanguin, entré à l'Antiquaille de Lyon le 13 avril 1839, avait eu dans son enfance de légères éruptions furfuracées à la face. A 18 ans très bonne santé ; à 20 ans il devient sujet à une bronchite opiniâtre qui l'atteignait vers la fin de l'automne et lui durait une partie de l'hiver. A 23 ans, la bronchite s'accompagne d'une éruption érythémato-vésiculeuse crustacée agglomérée (eczéma), sur les avant-bras et le dos des mains. Cette éruption commença par plaques irrégulières, légèrement rouges d'abord, qui se couvrirent bientôt d'une infinité de très petites vésicules rapprochées, desquelles s'échappa une sérosité jaunâtre qui se concréta, en quelques

(1) P. Baumès. *Nouvelle Dermatologie* T. I ; p. 308 Paris 1842.

points, en croûtes très minces comme des écailles. La rougeur devint plus intense, de fortes cuissons se firent sentir.

Dans le courant de l'hiver, le malade vit sa bronchite comme disparaître et se ranimer ensuite sous l'influence d'un changement de température. L'éruption cutanée suivit dans sa marche ascendante ou descendante les phases de la bronchite, elle ne disparut qu'au printemps à la disparition de la bronchite.

L'automne suivant, elle se présenta de nouveau avec la bronchite, occupant de plus cette fois, un peu l'intervalle entre les deux épaules.

Le malade entra le 13 avril avec une bronchite qui ne l'avait pas quitté depuis le commencement de l'hiver, mais qui s'étant exaspérée au milieu de mars, avait donné lieu alors seulement à l'éruption signalée, située sur les mêmes parties.

Sans adresser aucun traitement local, je m'occupai de débarrasser le malade de sa bronchite ; au bout de 25 jours la toux avait cessé. *La maladie de peau suivit dans ses progrès ceux de la bronchite* et quand le malade sortit le 13 mai 1839, il n'en offrait aucune trace.

Observation XXXIV (Resumee) citee par E. Camus (1).

D..., Victor, âgé de 50 ans, entre au mois de juin 1855 à St-Antoine. On constate chez lui tous les signes de la phtisie qui sont vérifiés peu après par l'autopsie. Ce malade avait été atteint d'un eczéma au mois de juin 1854. Après des alternatives de mieux et de rechute, il sortait entièrement guéri par traitement topique au mois d'octobre. Dès ce moment il fut pris de toux et les accidents s'augmentèrent de telle sorte que le malade fut bientôt obligé de réclamer des soins pour son affection dont il mourut.

(1) Emile Camus, *Rapports des affections de la peau avec les maladies internes*, Thèse — Paris 1856.

Observation XXXV (Résumée) citée par E. Guyot (1).

Louise P... 18 ans, domestique, toujours pâle, ophtalmies rebelles dans son enfance, othorrées de très longue durée qui n'ont cessé que depuis trois ans. Cette jeune fille a toutes les apparences du tempérament lymphatique.

Réglée depuis 15 ans, assez mal, sujette à des écoulements blancs, ne tousse pas. Dit avoir eu il y a deux ans, aux deux jarrets, une maladie qui la démangeait beaucoup, secrétant de la matière jaune et qui dura près de six mois. Il y a deux ans, pour la première fois, aux mains petits boutons remplis d'une sérosité transparente, accompagnés d'une forte démangeaison. Elle resta quatre mois chez Devergie, où on lui donna du sirop d'iodure de fer. Sort mal guérie, l'affection revient aussitôt après son départ de l'hôpital. En janvier 1854, elle revient dans le service de Hardy, avec des boutons disposés par groupes et y reste cinq semaines. Ophtalmie scrofuleuse concomitante.

On lui donne de l'huile de foie de morue, pas de traitement local; elle sort mal guérie.

Elle entre à Lariboisière en décembre pour une maladie qui paraît être la chlorose et sort en février très améliorée. Ses mains guérissent parfaitement sans qu'on s'en occupe.

Huit jours après elle redevient à nouveau malade jusqu'à maintenant.

Le 23 mai, elle se présente à la consultation avec un bel exemple d'eczéma mannal.

Traitement : Huile de foie de morue, cataplasmes, puis bains amidonnés. Guérison.

Observation XXXVI (Résumée) Bazin (2).

Lamy Maurice, 15 ans. Assez forte constitution en apparence. Jusqu'à 12 ans, tête couverte de croûtes; depuis ce

(1) Ernest Guyot. *De l'eczéma de la peau des mains.* Thèse, Paris 1858
(2) Bazin. *Leçons sur la scrofule.* Paris 1861.

temps a toujours eu des clous. Otorrhées étant enfant ; depuis deux ans croûtes dans le nez.

Aucun antécédent arthritique ni syphilitique. Mère morte à 38 ans après une longue maladie, elle toussait beaucoup. Père bien portant ; une sœur faible de constitution ayant eu des ophtalmies répétées et de nombreux abcès au cou.

Il y a 3 mois, début de la plaque eczémateuse au-dessous du menton, plaque qui s'étendit lentement. Le malade reste six semaines dans le service de Gibert ; rien ne fut donné à l'intérieur, médication exclusivement topique, le mal augmente de plus en plus.

Aujourd'hui, large plaque eczémateuse dans les régions mentonnière, sus-hyoïdienne et massétérine, plaque à fond rouge avec croûtes, plaque eczémateuse à l'oreille droite.

Traitement : sirop d'iodure de fer, cataplasmes de fécule et de poudre d'amidon.

Observation XXXVII (Resumée) citée par E. Chartier [1].

A... Emile, 20 ans, entre le 20 avril 1861 à St-Louis.

Depuis l'âge de 9 ans, a toujours eu une petite toux fatigante et de l'oppression. Il y a deux ans, pendant quelques jours, vives démangeaisons : eruption de petits boutons qui laissent échapper un liquide gommeux. A ce moment l'oppression et la toux avaient beaucoup augmenté. Les dartres longtemps limitées aux jambes se montrent aux avant-bras et sur la face.

Etat actuel : Quelques plaques d'eczéma sur l'avant-bras gauche, le bras et l'avant-bras droit, les jambes et les cuisses. Le malade tousse toujours : crachats gris, larges et épais. Poitrine sonore, exagération sous les clavicules.

Auscultation : Râles sous-crépitants à la partie inféro-postérieure de la poitrine. Rien au cœur ni au foie.

(1) Emm. Chartier. *Quelques mots sur la diathèse dartreuse.* Thèse, Paris 1861.

Traitement : Bains amidonés, solution arsenicale. Accroissement de l'appétit, amélioration de l'état général. L'eczéma se modifie; le 30 mai il n'y a plus de sécrétion. Le malade tousse toujours : quelques gros râles et de l'oppression.

Observation XXXVIII (Résumée) Radouan (1).

Valentine G... 40 ans, entre le 25 septembre 1873 à Saint-Louis, service Hardy, pour une scrofulide joue droite.

Etant enfant, a eu des glandes au cou à 4 ans, de la gourme à 6 ans, variole à 9 ans. Réglée à 14 ans. La malade était soumise au traitement antiscrofuleux (huile de foie de morue, iodure de fer).

Présente en avril 1874, aux orifices antérieurs des narines et aux lèvres un eczéma fendillé.

Tempérament lymphatique et constitution débilitée.

Observation XXXIX (Résumée) Id.

Cornélie C... 38 ans, entre en juin 1874 à Saint-Louis chez Hardy.

Antécédents : Une sœur agée de 45 ans a eu cinq enfants : une morte brulée; la cadette a eu de la gourme et des glandes au cou à 8 ans ; la troisième morte d'un abcès aux reins à 13 mois ; la quatrième agée de 18 ans se porte bien ; le cinquième mort de variole à 3 ans. Autre sœur agée de 30 ans qui a eu cinq enfants, dont l'ainé agé de 4 ans a eu de la gourme et des glandes au cou à 2 ans.

Antécédents personnels : Gourme et glandes au cou à 8 ans, variole à 12 ans, typhoïde à 15 ans. Démangeaison sur tout le corps à 28 ans, durée 15 jours. En mai 1874 sur les

(1) Radouan. *Étude théorique et pratique sur l'eczéma*. Thèse. Paris 1875.

deux seins, éruption de petits boutons blancs, pleins d'eau avec beaucoup de démangeaisons.

État actuel. — Tempérament lymphatique, constitution faible et débilitée, présente sur les deux mamelles un eczéma vésiculeux avec croûtes et démangeaisons assez vives.

Observation XL Résumée (Hudelo, Gastou et Lévy (1).

Dermite para-tuberculeuse avec eczématisation superficielle fixe et récidivante.

Mlle C. R. 20 ans, entre le 24 août 1904 à l'hôpital, aucun antécédent de famille, ni personnel. Cependant, aspect général valétudinaire, ni adénopathies, ni abcès, ni cicatrices quelconques.

Il y a 3 ans, après démangeaisons, au bout de quelques jours, desquamation de l'annulaire droit qui dure peu. Quelques semaines après, récidive bientôt guérie et ainsi de suite pendant 1 ans. Il y a un an, envahissement successif de l'index et du médius, du dos et de la paume de la main. Chaque poussée est précédée pendant quelques heures de sensations de picotement, de prurit et se caractérise par l'apparition de petites vésicules à contenu clair qui se rompent et laissent des croûtelles brunâtres ou des érosions rouges superficielles.

A l'entrée, les placards sont caractérisés par une surface érythémateuse et de place en place et vers la lisière, îlots eczématiformes légèrement humides, érosifs ou recouverts de croûtelles. Une ou deux vésicules encore nettes. En certains points, légère desquamation lamelleuse. Au pincement de la peau, pas d'infiltration diffuse ou nodulaire, ni d'épaississement.

Au 1er novembre, lésions en voie d'amélioration : cepen

(1) Hudelo, Gastou et Lévy. *Annales de Dermatologie et syphiligraphie*. 1904 page 1005.

dant il y a 48 heures, il vient de se produire sur le dos des deux dernières phalanges de l'annulaire, sans que la malade ait remarqué de vésicules nettes, de petites érosions eczématiformes.

Enfin, il y a dix jours, sur la main gauche, au niveau du bord interne du pouce, éruption de quelques vésicules bientôt crevées, donnant issue à du liquide clair. Aujourd'hui on ne voit plus qu'un petit placard sec légèrement squameux et très prurigineux.

Observation XLI (Résumée) Gaston et Paris (1).

Dermatose para-tuberculeuse lichénoïde et eczématiforme et tuberculides, associées à des adénites cervicales tuberculeuses.

Deux malades porteurs d'adénites tuberculeuses, guéries momentanément chez le plus jeune, en pleine activité chez le plus âgé, accompagnées chez le premier d'une affection d'apparence eczémateuse et lichénoïde, tandis que le second présente une éruption papulo-ulcéreuse et érosive disséminée sur les différentes parties du corps et donnant l'apparence d'éléments acnéiques ou de folliculides.

1° B.., journalier 26 ans, vient dans le service pour une affection du tronc et des jambes se présentant sous forme de placards irréguliers, saillants, limités, érythémato-squameux ou croûtelleux par places, sans suppuration ni suintement, s'accompagnant de démangeaisons très peu marquées. Sur les autres parties du tégument, il existe des éléments papuleux miliaires, rappelant le prurigo.

Les placards éruptifs apparus récemment ont déjà été précédés d'éruptions analogues; ils rentrent dans le groupe

(1) Gastou et Paris. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie* Séance du 2 mai 1901. T. II, page 422.

des eczémas lichénoïdes ou lichénifiés, à allure subaigüe ou chronique.

Le malade a de nombreuses cicatrices d'abcès ganglionnaires cervicaux, qui auraient commencé à se manifester à l'âge de 10 ans, il a les dents mal plantées, quelques-unes avec stries et encoches. Sur les mains, les pieds et les jambes, il présente une série de petites cicatrices résultant de l'évolution de lésions papulo-ulcéreuses et érosives. Il a eu des gelures des doigts, à la suite desquelles l'auriculaire gauche a été déformé et la phalangette ankylosée en demi-flexion. Les oreilles ont sur les bords l'aspect que donne le lupus pernio. Le cou est couturé de larges et longues cicatrices déprimées, résultant de poussées ganglionnaires qui ont précédé l'apparition des éruptions dont on voit le reliquat aux jambes et aux pieds.

Envoyé à Berck, il y reste 3 ans et subit trois interventions chirurgicales, puis il séjourne 2 ans à Forges. Entre temps se manifestent des poussées ganglionnaires qui retrocèdent et s'accompagnent de poussées éruptives.

Il n'a pas souvenir de maladies chez ses parents. Tous ses organes fonctionnent régulièrement.

Examen biopsique : Infiltration leucocytaire modérée du derme avec épaississement de tous les tissus le composant. Glandes peu altérées, mais en plusieurs points : transformation lymphoïde du tissu normal et transformation épithélioïde de quelques cellules fixes. Hyperkératose marquée. Ces lésions quoique n'ayant aucun caractère absolu, ne sont cependant pas celles d'un eczéma, ni d'un lichen, elles indiquent un état d'inflammation et de sclérose déjà ancien de la peau.

2 — M... 53 ans, a eu il y a 7 semaines une série d'adénophlegmons de l'angle maxillaire. Il y a un mois, série de lésions papulo érosives, ulcéreuses ou pustuleuses, ressemblant à l'acné pustuleux, sur les bras, les jambes et la poitrine. Pas de prurit. Polyadénite suppurée, au cou, aisselles

et aines. Le malade tousse, maigrit, fièvre et respiration rude, soufflante aux sommets.

Examen biopsique : Tous les caractères des tuberculides : infiltration dermique périvasculaire et nodulaire, altérations périglandulaires.

« Pour le 2e malade, il s'agit de tuberculides nettes. Pour le 1er il ne saurait en être de même, mais en présence de l'évolution de la maladie et des résultats histologiques, ne peut-on admettre que la poussée cutanée actuelle est l'analogue de tuberculides avec une atténuation très marquée ».

CONCLUSIONS

I. — Les sujets atteints d'eczéma ne présentent pas toujours, comme on l'admet généralement, un aspect floride avec tendance souvent marquée à l'obésité.

II. — Fréquemment au contraire, ces malades sont des déprimés, des débilités, des amaigris, chez lesquels on découvre souvent par l'interrogatoire et l'examen clinique, des antécédents et des lésions pulmonaires ou ganglionnaires de tuberculose à lente évolution et, presque constamment, une adénopathie médiastino-hilaire assez volumineuse.

III. — Il est donc permis de penser que cet état d'imprégnation tuberculeuse de l'organisme, retentissant sur l'état général, n'est pas étranger à l'apparition de l'eczéma et qu'il peut être considéré, dans bien des cas, comme une des causes prédisposantes de cette dermatose.

IV. — Il existe, en effet, d'autres causes constitutionnelles dans l'étiologie de l'eczéma : déséquilibration nerveuse, arthritisme avec ses diverses manifestations, ou bien une auto-intoxication par insuffisance hépatique, intestinale ou rénale.

Mais souvent, ces divers troubles de l'organisme coïn-

cident avec un état d'infection tuberculeuse du sujet et n'en sont même parfois que la conséquence éloignée, comme chez les tuberculeux guéris par suralimentation.

V. — Il est indispensable de faire, chez tous les eczémateux, un examen clinique minutieux pour essayer de découvrir la dominante étiologique, la cause constitutionnelle qui est à l'origine de la dermatose.

Il faudra toujours, par l'auscultation des poumons, rechercher très attentivement des lésions parfois minimes, manifestations d'une tuberculose larvée et qui pourraient facilement passer inaperçues dans un examen superficiel et rapide.

La radioscopie devra être pratiquée chaque fois qu'il sera possible.

VI. — L'influence de l'infection tuberculeuse sur l'eczéma semble bien démontrée par les bons effets du traitement général (huile de foie de morue, sirop iodotannique, injections de cacodylate de soude et surtout de chlorure de magnésium, ainsi qu'une alimentation reconstituante et viande crue dans certains cas).

Par ce seul traitement, on obtient presque toujours, parallèlement à l'amélioration de l'état général du sujet, une amélioration de la dermatose et parfois même sa guérison. Il ne faut pas, toutefois, négliger le traitement externe habituel qui sera toujours un auxiliaire utile, permettant une guérison plus facile, plus rapide et plus complète.

VII. — Quant au mécanisme par lequel l'infection tuberculeuse pourrait agir sur la production de l'eczéma, plusieurs théories peuvent être envisagées : celle de l'ori-

gine toxinique émise par Hallopeau pour les tuberculides; celle de l'origine sanguine de Haury, par l'action de bacilles de Koch morts ou atténués; ou bien encore la théorie nerveuse de Jacquet, par altération du trophisme de la peau, sous l'influence d'une modification de l'influx nerveux, transmis par les terminaisons périphériques.

Un certain nombre de faits paraîssent pouvoir s'expliquer par l'une ou l'autre de ces diverses théories; cependant, nous ne pensons pas qu'il existe une analogie entre ces eczémas apparus chez des sujets atteints de lésions tuberculeuses souvent peu développées et les tuberculides.

Toutes ces théories ne sont encore d'ailleurs, que des hypothèses et dans l'état actuel de nos connaissances, il semble bien difficile de se prononcer et de pouvoir déterminer exactement ce mécanisme.

VIII. — Il nous a semblé intéressant, étant donnée la fréquence du terrain tuberculeux chez les eczémateux, d'attirer l'attention de ce côté et nous espérons que des recherches ultérieures et plus approfondies, permettront de préciser les rapports probables entre les deux affections et dans quelle mesure et par quel mécanisme elles peuvent dépendre l'une de l'autre.

Vu : le Président,
BEZANÇON

Le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Alibert. — *Maladies de la peau.* Bruxelles, 1825; p. 153.

M. Baumes. — *Traité sur le vice scrophuleux et sur les maladies qui en proviennent.* Paris 1805; p. 105.

P. Baumès. — *Nouvelle dermatologie.* Paris, 1842; T. I, p. 82 et 308.

Bazin. — *Leçons sur la scrofule.* Paris 1861.

Léon Bernard. — Tuberculose et arthritisme. *Congrès international de la tuberculose.* Paris, octobre 1905.

Besnier. — *Traitement de l'eczéma et du psoriasis.* Paris 1897 ; chapitre I ; p. 2 et 3.

Besnier-Brocq-Jacquet. — *La Pratique dermatologique*, Article *Eczéma.* Paris 1900.

Biett. — *Dictionnaire de Médecine* en 30 volumes, Paris 1835; tome XI.

Brocq. — La question des eczémas. *Annales de Dermatologie*, 1900, T. I; p. 3 et 4.

L. D. Bulkley. — *Eczéma*, 1881.

E. Camus. — *Rapports des affections de la peau avec les maladies internes.* Thèse, Paris 1856.

E. Chartier. — *Quelques mots sur la diathèse dartreuse.* Thèse, Paris 1861.

Darier. — *Précis de Dermatologie.* Paris 1918, p. 56.

Deruelle. — *Essai sur l'eczéma.* Thèse, Paris 1871.

Devergie. — *Maladies de la peau*, 3e édition, 1863.

Gastou. — Dermites eczématiformes en placard et tuberculisation. *Annales de Dermatologie*, 1896; p. 512.

Gastou et Paris. — Dermatose paratuberculeuse lichénoïde et eczématiforme et tuberculides associées à des adénites cervicales tuberculeuses. *Annales de Dermatologie*. 2 mai 1901, T. II; p. 422.

Gaucher. — *Leçons sur les maladies de la Peau*. Paris 1895: p. 216 et Paris 1898; p. 512.

Gibert. — *Maladies de la Peau*. Paris 1860.

Gougerot. — L'eczéma réaction de défense. *Journal des praticiens*, 19-26 juillet 1913.

— *La dermatologie en clientèle*, Paris 1917; p. 161.

E. Guyot. — *De l'eczéma de la peau des mains*. Thèse. Paris, 1858.

Hardy. — *Dictionnaire de Médecine et chirurgie pratiques*. T. XXI; p. 416.

— *Leçons sur les affections cutanées dartreuses*. Eczéma, pityriasis, psoriasis). Paris 1862.

Hardy. — *Traité des Maladies de la peau*. Paris 1886. p. 681.

Hudelo. Gastou et Lévy. — Dermite para-tuberculeuse avec eczématisation superficielle fixe et récidivante. *Annales de Dermatologie*, 1904, p. 1005.

Hyde. — *Congrès international de Dermatologie*. Londres 1896.

Jadassohn. — Erkrankungen d. Haut. *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1899, p. 987-1012.

E. Leser. — Klinischer Beitrag zuhr Lehre von Tuberculosin Infection, in *Fortschritte der Medizin*, 1887, n° 5.

Lorry. — *Tractatus de morbis cutaneis*. Paris 1877.

A. Milcent. — *De la scrofule*, Paris 1846, p. 184.

A. Monsseaux. — La lithiase rénale chez les tuberculeux suralimentés. *Archives générales de Médecine*, mai 1906.

Moty. — Toxituberculides des mains et des pieds. *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1902, p. 388.

Pautrier. — *Les tuberculoses cutanées atypiques*. Paris 1903.

L. Perrier. — *Congrès international de Dermatologie.* Londres 1896.

Poncet et Leriche. — *Le rhumatisme tuberculeux.* Paris 1909, p. 8.

— *Là tuberculose inflammatoire.* Paris 1912.

Radouan. — *Etude théorique et pratique sur l'eczéma.* Thèse Paris 1875.

Rayer. — *Traité théorique et pratique des Maladies de la peau.* Paris 1835.

Sauvages. — *Nosologia methodica.* Amstelodami 1768, t. I, p. 132 et t. II, p. 578.

Thibierge. — Sur la reproduction de certaines dermatoses par la tuberculine en injection intra-dermique. *Bulletin de la Société Médicale des hôpitaux*, 1909.

COULOMMIERS
Imprimerie DESSAINT et Cie.

100

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE